

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE DES CORRÉLATS
DE LA SÉVÉRITÉ DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS
DES JOUEURS PROBLÉMATIQUES/PATHOLOGIQUES
ET DE LEURS PARTENAIRES

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ALISSON POIRIER-ARBOUR

AVRIL 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Mon parcours doctoral a été certes très enrichissant mais il a été parsemé de plusieurs épreuves et embûches. Je n'aurais pas réussi à mener à bien ce grand projet sans le soutien et l'aide de plusieurs personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ce processus.

Je voudrais tout d'abord remercier mon directeur de thèse, Monsieur Gilles Trudel, de m'avoir acceptée au doctorat en psychologie et de m'avoir permis de prendre part à toutes les étapes d'un projet stimulant. Je voudrais également remercier le co-chercheur du projet, Monsieur Richard Boyer, pour ses précieux conseils dans la rédaction de mes articles scientifiques. Merci à tous les assistants de recherche pour leur investissement et leur professionnalisme. Je tiens aussi à témoigner mon appréciation aux participants de l'étude sans qui cette dernière n'aurait jamais été possible. Je souhaite exprimer ma gratitude au statisticien du département de psychologie, Monsieur Jean Bégin. Il a su, avec son talent de vulgarisateur, rendre les analyses statistiques moins pénibles et ardues. Ensuite, je voudrais souligner ma reconnaissance aux Fonds Québécois de Recherche - Société et Culture (Action concertée) qui ont subventionné le projet de recherche.

Par ailleurs, je tiens à remercier ma grande amie Pascale Harvey, qui rédige sa thèse sur le volet conjugal du projet de recherche. Pascale, merci pour ton investissement exceptionnel dans le projet. Je te considère comme ma sœur et je ne te remercierai jamais assez pour ton empathie et ta sagesse dans les moments plus difficiles. Merci à mon amie Maria Rocio Golfarb. Je suis extrêmement reconnaissante pour le temps que tu m'as accordé et pour tes conseils pertinents. Merci à mon amie Tina Landry, pour son humour et son énergie. Grâce à toi, écrire ma discussion s'est avéré bien plus agréable que je ne l'aurais pensé. Merci à mon amie Virginie Fréchette, pour ses précieux commentaires et pour avoir

été un modèle d'excellence en matière de soutenance doctorale. Merci également à mes amies et autres consœurs de laboratoire Geneviève Pilon et Virginie Boudreau pour leur participation dans le projet.

Finalement, j'aimerais remercier Sébastien Brazeau qui restera un homme important dans ma vie. Je te suis reconnaissante d'avoir été à mes côtés tout au long de ce fastidieux parcours. Tu m'as enseigné à mieux gérer mon temps et à affronter les embûches étapes par étapes. J'aimerais également exprimer toute ma gratitude à mes amies d'enfance Julie Robitaille, Catherine Lefebvre et Véronique Mondor, pour m'avoir encouragée, avoir cru en moi et m'avoir permis de vivre de beaux moments qui seront toujours gravés dans ma mémoire. Merci à ma famille, mon père Alain, ma mère Lise, mon frère Jonathan, ma belle-sœur Ève et ma filleule Emy, pour m'avoir insufflé l'énergie nécessaire pour rebondir face aux épreuves. Je voudrais prendre le temps de remercier plus amplement ma mère. Maman, merci de m'avoir soutenue à chacun de mes pas dans ce parcours doctoral sinueux. Ton amour m'a insufflé du courage et de l'espoir.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ	ix
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE, OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES.....	1
1.1 Mise en contexte.....	2
1.1.1 Définition du jeu pathologique	2
1.1.2 Prévalence du jeu PP	4
1.1.3 Conséquences du jeu PP sur les joueurs, leurs familles et leurs partenaires.....	4
1.1.4 Comorbidité associée au jeu PP.....	7
1.1.5 Troubles de l'humeur, symptomatologie dépressive des joueurs et des partenaires	9
1.2 Corrélats de la symptomatologie dépressive des JPP, des partenaires et de la population générale	14
1.2.1 Corrélats de la symptomatologie dépressive chez les joueurs	15
1.2.2 Corrélats de la symptomatologie dépressive chez les partenaires de joueurs	22
1.2.3 Corrélats de la symptomatologie dépressive chez la population générale..	26
1.3 Objectifs et hypothèses de recherche	29
1.3.1 Hypothèse 1	29
1.3.2 Hypothèse 2	30

CHAPITRE II	
CORRELATES OF DEPRESSIVE SYMPTOM SEVERITY IN PROBLEM AND PATHOLOGICAL GAMBLERS IN COUPLE RELATIONSHIPS	31
Résumé	33
Abstract	34
Introduction	35
Correlates of major depression in the general population	37
Objectives and hypotheses	38
Method	38
Participants	38
Measures	40
Procedure	42
Results	43
Discussion	45
CHAPITRE III	
LES CORRÉLATS DE LA SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE DES PARTENAIRES DE JOUEUR PROBLÉMATIQUE ET PATHOLOGIQUE	61
Résumé	62
Introduction	63
Facteurs associés à la symptomatologie dépressive des PJPP	64
Corrélat de la dépression dans la population générale	65
Objectifs et hypothèses de recherche	66
Méthodologie	67
Participants	67
Instruments de mesure	68

Procédure	71
Résultats	72
Discussion	75
 CHAPITRE IV DISCUSSION GÉNÉRALE.....	 90
4.1 Rappel des objectifs, présentation des résultats et de leurs interprétations	90
4.1.1 Premier article.....	90
4.1.2 Deuxième article	93
4.2 Limites méthodologiques et pistes de recherches futures	95
4.3 Contributions scientifiques de la thèse.....	99
4.4 Conclusion générale.....	103
 APPENDICE A CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU JEU PATHOLOGIQUE	 104
 APPENDICE B MODÈLE EXPLIQUANT LA RELATION ENTRE LE TRAIT D'ANXIÉTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA DÉPRESSION.....	 106
 APPENDICE C CERTIFICATS D'ACCEPTATION DES COMITÉS ÉTHIQUES	 108
 APPENDICE D ACCUSÉS DE RÉCEPTION ET DÉCISIONS DE PUBLICATION DES ÉDITEURS DES REVUES SCIENTIFIQUES.....	 112
 APPENDICE E ORGANIGRAMME DE LA SÉLECTION DES PARTICIPANT	 116
 APPENDICE F FORMULAIRES DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE ..	 118
 APPENDICE G ENTREVUES ET QUESTIONNAIRES DE L'ÉTUDE	 127
 BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.....	 190

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE II

Tableau 2.1	PPG and NPG sociodemographic characteristics.....	58
Tableau 2.2	Correlations between potential predictors and depressive symptom severity in PPG.....	59
Tableau 2.3	Summary of multiple regression for correlates of depressive symptomseverity in PPG	59

CHAPITRE III

Tableau 3.1	Caractéristiques sociodémographiques des PJPP et PJNP	86
Tableau 3.2	Niveau de sévérité des symptômes dépressifs (score au BDI-II) des PJPP et PJNP	87
Tableau 3.3	Corrélations entre les prédicteurs potentiels et la sévérité des symptômes dépressifs des PJPP	87
Tableau 3.4	Résumé de l'analyse de régression multiple des corrélats de la sévérité des symptômes dépressifs des PJPP	88

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ANCOVA	Analysis of covariance
ANOVA	Analysis of variance
APA	American Psychiatric Association
BDI-II	Beck Depression Inventory, 2 nd edition
B-MAST	Brief Michigan Alcoholism Screening Test
CPGI	Canadian Problem Gambling Index
DAS	Dyadic Adjustment Scale
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual, 4 th edition
IPAT-AS	Institute for Personality and Hability Testing – Anxiety scale
Jeu PP	Jeu problématique et pathologique
JNP	Joueur non problématique
JPP	Joueur problématique et pathologique
NPG	Non problem gambler
PJNP	Partenaire de joueur non problématique
PJPP	Partenaire de joueur problématique et pathologique
PPG	Problem and pathological gambler
PSI	Problem-Solving Inventory
SOGS	South Oaks Gambling Screen
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif

RÉSUMÉ

Problématique : Les joueurs problématiques et pathologiques (JPP) sont à risque de présenter d'autres troubles psychologiques. Des symptômes dépressifs sont fréquemment répertoriés chez ces individus. De plus, le jeu problématique et pathologique (jeu PP) peut avoir des répercussions négatives sur les membres de l'entourage des joueurs. Plus spécifiquement, leurs partenaires semblent plus enclins à présenter une symptomatologie dépressive. La relation entre la dépression et le jeu est complexe. Afin de mieux cibler les individus à risque, il s'avérerait utile d'étudier les facteurs associés à la sévérité des symptômes dépressifs chez les JPP et leur partenaire à l'aide de questionnaires valides.

Objectifs et hypothèses : La présente thèse vise 1) à corroborer les données empiriques obtenues concernant la sévérité de la symptomatologie dépressive des JPP et de leurs partenaires et 2) à étudier les corrélats qui y sont associés. De façon plus spécifique, la présente étude tente d'observer s'il y a une différence quant à la sévérité des symptômes dépressifs entre les couples de JPP et les couples de joueurs non problématiques (JNP). Elle vise à préciser les corrélats spécifiques associés à la sévérité de la symptomatologie dépressive des couples de JPP et de JNP. L'hypothèse suivante a été formulée : la symptomatologie dépressive des couples JPP sera significativement plus sévère que celle des couples JNP. Être une femme, être plus jeune, avoir un revenu annuel moyen faible, une perception négative de la situation financière et être sans emploi seront des corrélats significatifs de la symptomatologie dépressive des couples JPP. Également, un score élevé au South Oaks Gambling Screen (SOGS) présenté par le joueur, le statut clinique de joueur pathologique, la présence du trait d'anxiété, la dépendance à l'alcool, un faible ajustement dyadique et des habiletés de résolution de problèmes peu efficaces représenteront des facteurs associés à la symptomatologie dépressive du groupe JPP. Enfin, le groupe de corrélats significatifs diffèrera de celui trouvé chez les couples JNP.

Méthodologie : Cette étude a été menée dans le cadre d'un projet de recherche plus vaste portant sur les liens entre la relation conjugale et le jeu problématique/pathologique. Elle a été subventionnée par le Fond Québécois de Recherche sur la Société et la Culture. Cette recherche a reçu l'approbation des comités éthiques de l'UQAM et du Centre Dollard-Cormier. Cette étude exploratoire possède un devis corrélationnel. Quarante couples de JNP ont été recrutés par le biais de plusieurs médias (p. ex. annonces, articles de journaux, brochures d'informations) annonçant le besoin de participants pour une étude sur la vie conjugale. Soixante-sept couples de JPP ont été recrutés majoritairement par le biais d'articles de journaux et de revues et d'un centre de traitement des dépendances et du jeu pathologique. Un effort de recrutement a été effectué auprès des JPP âgés de 55 ans et plus.

Plusieurs d'entre eux ont pris part à notre étude par l'entremise d'une firme de recherche indépendante. Les participants sont âgés de 18 ans et plus, sont en relation de couple d'orientation hétérosexuelle depuis au moins un an, ils vivent ensemble ou se fréquentent au moins trois fois par semaine et ont une bonne compréhension du français. Les couples séparés mais légalement mariés dont la rupture est liée au problème de jeu ont été acceptés. Pour être attribué dans le groupe des couples JPP, un seul des membres du couple devait présenter un score de 3 ou plus au South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur & Blume, 1987) et présenter 3 critères diagnostiques ou plus à l'entrevue diagnostique sur le jeu pathologique (Ladouceur, Sylvain, Boutin & Doucet, 2000).

Résultats : D'abord, suite à une analyse de la covariance, les JPP et leurs partenaires présentent des symptômes dépressifs significativement plus sévères que les couples de JNP. Ensuite, les résultats d'une analyse de régression multiple montre qu'un trait d'anxiété et un faible ajustement dyadique prédisent une symptomatologie dépressive plus importants chez les JPP et leurs partenaires. Par ailleurs, un revenu annuel moyen faible est un corrélat significatif seulement pour les conjoints de JPP. Les modèles obtenus pour prédire la symptomatologie dépressive des joueurs et des partenaires semblent spécifiques à cette population. Bien que le trait d'anxiété soit également un corrélat significatif, les habiletés de résolution de problèmes se sont avérées être un prédicteur saillant uniquement pour les couples non joueurs.

Conclusions et implications : Enfin, ces résultats reproduisent les données empiriques retrouvées dans la documentation scientifique et montrent qu'une grande proportion de JPP et de leurs partenaires manifeste des symptômes dépressifs. La présente thèse contribue à cibler les facteurs qui prédisent une symptomatologie plus sévère chez ces individus. Les résultats permettent de souligner l'influence significative de la dynamique conjugale sur l'humeur dépressive chez les couples aux prises avec le jeu PP. Enfin, les implications de cette étude sur les plans théorique et clinique seront discutées.

Mots clés : jeu problématique, jeu pathologique, symptômes dépressifs, couple, partenaire, conjoint.

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE, OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 Mise en contexte

Le chapitre I fait une présentation générale du jeu PP. Les conséquences de ce trouble sur le joueur et son partenaire seront relatées. Également, les autres troubles psychologiques qui y sont associés dont la dépression seront mentionnés. Ensuite, des corrélats de la symptomatologie dépressive des JPP et de leurs partenaires seront soulignés.

1.1.1 Définition du jeu pathologique

Le jeu pathologique est une pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu. Il apparaît sous la catégorie des troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition* (DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994). Ce trouble pourrait être reclassé parmi les troubles liés à la dépendance lors de la parution du DSM-V (APA, 2012). D'ailleurs, une documentation scientifique étoffée souligne les similarités entre les troubles de dépendance à une substance et le jeu pathologique (p. ex. manifestations, étiologie, comorbidité, traitement) (Kessler, 2008; Petry, 2005). De plus, ces deux troubles possèdent des critères diagnostiques semblables : préoccupation par la dépendance, phénomènes de tolérance et de sevrage, pratique du jeu ou consommation pour tenter d'apaiser rapidement les émotions désagréables et efforts répétés pour cesser de jouer ou consommer. Également, les deux troubles présentent des conséquences négatives importantes sur les plans familial et professionnel. Néanmoins, le jeu pathologique est différent des troubles de dépendance liés à une substance puisqu'il implique la dépense de sommes d'argent importantes. En effet, le joueur retourne «se refaire» pour recouvrer ses pertes, il compte sur les membres de son entourage pour

rembourser ses dettes et peut même commettre des actes illégaux pour financer sa pratique du jeu. Enfin, le jeu n'induit pas d'intoxication. Le joueur peut donc mentir et dissimuler plus aisément ses habitudes de jeu aux membres de son entourage (APA, 1994). Il est à noter que, pour obtenir un diagnostic de jeu pathologique, l'individu ne doit pas présenter un épisode maniaque qui expliquerait mieux le jeu excessif. Les critères de la version française du DSM-IV pour ce trouble sont présentés dans l'appendice A (APA, 1994).

Par ailleurs, il n'existe pas de consensus dans la documentation scientifique sur la nomenclature pour désigner différents niveaux de sévérité du jeu pathologique (Committee on the Social and Economic Impact of Pathological Gambling, 1999). Certains chercheurs réfèrent à l'appellation «joueur problématique» pour désigner l'ensemble des individus ayant un problème de jeu qui occasionne des conséquences négatives importantes (p. ex., Afifi, Cox, Martens, Sareen & Enns, 2010). Toutefois, certains chercheurs emploient cette même appellation pour désigner une catégorie sous-clinique du jeu pathologique : ce sont des individus présentant trois ou quatre critères diagnostiques du DSM-IV. Alors que les joueurs dits pathologiques manifestent un minimum de cinq critères sur 10. Sur la base de ces deux dernières définitions, une étude a tenté de mieux comprendre les similarités ainsi que les différences entre les joueurs problématiques et les joueurs pathologiques (Toce-Gerstein, Gerstein et Volberg, 2003). Les deux types semblent être préoccupés par le jeu, vouloir se refaire et mentir aux membres de leur entourage. En s'adonnant plus fréquemment aux jeux de hasard, ces derniers souhaitent éviter les problèmes quotidiens ou apaiser des émotions désagréables telles que l'anxiété et la tristesse. Ils récoltent des conséquences négatives en lien avec leur problématique (Shaffer, 2011). Toutefois, les joueurs pathologiques diffèrent significativement des joueurs problématiques sur certains aspects : ils ressentent une perte de contrôle sur leurs habitudes de jeu, ils doivent augmenter les activités de jeu pour obtenir les sensations recherchées (phénomène de tolérance), ils vivent des symptômes de sevrage lorsqu'ils cessent de jouer et ils compromettent davantage des relations affectives importantes. Enfin, ils demandent plus souvent de l'argent à leurs proches pour se renflouer monétairement (Toce-Gerstein et al., 2003). Dans la présente thèse, les termes jeu problématique et pathologique (jeu PP) seront employés conjointement puisque ces deux

catégories de joueurs ont été regroupées lors du projet de recherche. Cette nomenclature est également préconisée par divers auteurs (Chou & Afifi, 2011; Shaffer & Martin, 2011; Stinchfield, 2003).

1.1.2 Prévalence du jeu PP

Plusieurs instruments de mesure ont été employés pour estimer la prévalence du jeu PP au Canada et aux États-Unis. Il devient alors difficile d'établir la prévalence dans la population puisque les instruments utilisés ne possèdent pas la même appellation pour désigner différents niveaux de sévérité du problème de jeu (p. ex. joueur pathologique probable pour le South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987); joueur pathologique pour le DSM-IV (APA, 1994); joueur problématique pour le Canadian Problem Gambling Index (Ferris & Wynne, 2001). Malgré tout, les taux de prévalence du jeu problématique au cours de la dernière année dans les études épidémiologiques américaines (entre 0,3 et 4 %), canadiennes (entre 0,9 et 1,7 %) et québécoises (1,3%) sont relativement similaires. La prévalence du jeu pathologique est un peu plus faible (États-Unis : entre 0,5 et 2,2 %; Canada : entre 0,5 et 0,8 %; Québec : 0,7%. Ensuite, le taux de prévalence à vie pour le jeu pathologique oscille entre 0,4 et 1,6 % pour les études américaines et entre 2,1 et 2,6 % en ce qui a trait aux études canadiennes (Cox, Enns & Michaud, 2004; Cox, Yu, Afifi & Ladouceur, 2005; Kairouz, Nadeau, & Paradis, 2010; Kessler et al., 2008; Ladouceur, Jacques, Chevalier, Sévigny & Hamel, 2005; Ladouceur, Jacques, Ferland, & Giroux, 1999; Marshall & Whyne, 2004; Petry, Stinson & Grant, 2005; Volberg, 2002).

1.1.3 Conséquences du jeu PP sur les joueurs, leurs familles et leurs partenaires

Le jeu PP engendre des conséquences sur plusieurs plans de la vie du joueur. D'abord, les difficultés financières sont présentes chez la majorité d'entre eux. Au Québec, les joueurs à risque modéré et les joueurs problématiques dépensent significativement plus dans les jeux de hasard et d'argent (8 386 \$ par année) comparativement aux joueurs à faible risque (3 284 \$ par année) et aux joueurs sans problème (391 \$ par année) (Kairouz et al., 2010). De plus, les résultats d'une autre étude révèlent que 18 % des joueurs pathologiques

recrutés ont déclaré faillite à cause de leur problème de jeu (Grant, Schreiber, Odlaug et Kim, 2010). Ensuite, le jeu PP peut entraîner des problèmes sur le plan légal. Certains joueurs commettent des actes illégaux pour financer leurs activités de jeu tels que des vols, de la fraude et des détournements de fonds (APA, 1994; Toce-Gerstein et al., 2003). Cependant, ces comportements sont plus fréquemment présentés par les joueurs pathologiques sévères, c'est-à-dire qu'ils présentent huit critères diagnostiques ou plus du DSM-IV (Toce-Gerstein et al., 2003). Par ailleurs, le problème de jeu a des répercussions négatives sur la performance au travail qui se manifestent par des pertes de concentration, des retards et une augmentation du taux d'absentéisme (Fong, 2005). Les JPP sont plus à risque de perdre leurs emplois ou d'être renvoyés comparativement aux joueurs à faible risque (Gerstein et al., 1999). Au Québec, 7,4 % des joueurs à risque modéré et pathologiques sont sans emploi comparativement à une proportion de 4,8 % des joueurs à faible risque (Kairouz et al., 2010). Par ailleurs, des conséquences sur la santé ont été répertoriées. Une proportion importante de joueurs pathologiques rapporte avoir une mauvaise hygiène de vie (p. ex. privation de sommeil, mauvaise alimentation) et avoir une perception négative de leur santé physique (Grant, Desai & Potenza, 2009; Fong, 2005; Pasternak & Fleming, 1999). De plus, une étude de Marasco et ses collègues (2006) souligne qu'après avoir contrôlé les variables sociodémographiques et les facteurs de risque comportementaux (p. ex. abus et dépendance à l'alcool), la sévérité du problème de jeu demeure significativement liée à des conditions médicales sévères telles que des maladies cardio-vasculaires et des pathologies liées au foie. Ensuite, les joueurs rapportent une détérioration de leur bien-être psychologique (Ferland et al., 2008). Une grande proportion de ces derniers présente un ou plusieurs autres troubles psychologiques en comorbidité (Kessler et al., 2008). Ces troubles seront abordés plus amplement dans la section suivante puisqu'il n'existe pas de consensus indiquant que les troubles psychologiques en comorbidité soient la cause du jeu PP ou une conséquence de ce trouble (Petry, 2005). Enfin, les impacts sur le plan interpersonnel sont multiples. Les joueurs peuvent mentir aux membres de leur entourage à propos de leurs habitudes de jeu et leurs pertes d'argent. Ils peuvent mettre en danger ou perdre des relations affectives importantes (APA, 1994). Il est estimé qu'environ huit à 10 personnes de l'entourage du joueur seront affectées (Lobsinger & Beckett, 1996). Leur famille ainsi que leur conjoint sont au premier plan.

Les problèmes familiaux semblent être fréquents chez les JPP. Toutefois, ils sont peu documentés. Les pertes financières peuvent contribuer à ce que le joueur et sa famille vivent un climat d'insécurité et d'instabilité. Étant donné que le joueur est absorbé par des préoccupations liées au jeu, il néglige ses responsabilités sur le plan familial (Grant et al., 2006). Le joueur est plus à risque d'adopter des comportements de négligence et de maltraitance physique envers ses enfants. Ensuite, ces derniers tendent à adopter des comportements à risque pour leur santé et sont plus enclins à présenter une dépendance à une substance, une dépression et de l'anxiété (Grant Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein & Solowoniuk, 2006).

Au Québec, la proportion de JPP en couple varie entre 46 et 60 % (Kairouz & Nadeau, 2010; Ladouceur et al., 2004). Plusieurs d'entre eux rapportent des problèmes conjugaux qui se manifestent par des difficultés de communication et des conflits fréquents (Lee & Rovers, 2008; Lorenz & Yaffee, 1986; 1989; McComb, Lee & Sprenkle, 2009). Ces couples expriment une baisse de leur satisfaction conjugale et sexuelle (Bertrand et al., 2008). De plus, une augmentation du risque de violence conjugale est associée au jeu pathologique (Korman et al., 2008). Ces couples sont plus enclins à se séparer ou divorcer (Abbott, Cramer & Sherrets, 1995; Petry, 2005). Quelques études ont évalué plus spécifiquement les impacts du jeu excessif sur les partenaires de joueurs. Les préoccupations financières semblent induire un stress majeur davantage chez les conjointes que chez les partenaires de sexe masculin (Crisp, Thomas, Jackson, & Thomason, 2001; Ferland, et al., 2008). Plusieurs conjoints affirment avoir fait des sacrifices financiers, renfloué les dettes du joueur et avoir été menacés par des créanciers (Boutin & Ladouceur, 2006; Lorenz, & Shuttlesworth, 1983; Lorenz, & Yaffee, 1989; Patford, 2009). Ensuite, les problèmes sur le plan professionnel ou légal sont relatés par une petite proportion d'entre eux (Petry, 2005). En ce qui a trait à l'impact du jeu PP sur leur santé physique, très peu d'études les documentent. Lorenz & Yaffee (1988) souligne que les femmes de joueurs souffrent de maux de tête et de problèmes gastro-intestinaux. Enfin, des conséquences sur le plan psychologique sont répertoriées. Les conjoints vivent un stress important et ressentent plusieurs émotions désagréables telles que la culpabilité, la colère, la perte de confiance (Dickson-Swift, James & Kippen, 2005). Une

forte proportion des partenaires manifeste également de la détresse psychologique (Hodgins, Shead & Makarchuk, 2007). La symptomatologie et les troubles psychologiques présentés par les partenaires seront davantage documentés dans la section suivante.

1.1.4 Comorbidité associée au jeu PP

Cette section présentera la comorbidité associée au jeu PP. Il est à noter que les troubles de l'humeur ne seront abordés que dans la section suivante puisqu'ils feront l'objet d'une analyse plus détaillée.

Les personnes ayant un problème de jeu sont plus à risque que les joueurs non problématiques de présenter d'autres troubles psychologiques (Shaffer & Martin, 2011). Ce phénomène a été répertorié dans diverses études épidémiologiques (Westphal & Johnson, 2007) et est présenté autant chez les joueurs en traitement que ceux retrouvés dans la population générale (Lorains, Cowlishaw & Thomas, 2011). Les troubles liés à une substance sont prépondérants chez les joueurs pathologiques. Ils sont près de quatre à six fois plus enclins à présenter un trouble lié à une substance au cours de leur vie (Kessler et al., 2008). Dans une étude américaine, 73,2 % des joueurs pathologiques ont déjà eu un trouble lié à la consommation d'alcool au cours de leur vie (c. à d. dépendance à l'alcool = 47,8 % et abus d'alcool = 25,4 %). De plus, les troubles de consommation de drogue sont fréquemment répertoriés chez ces individus (c. à d. dépendance à la drogue = 11,2 % et abus de drogue = 26,9 %) (Petry et al., 2005). La relation entre ces troubles pourrait être bidirectionnelle : les joueurs sont plus à risque de manifester un trouble lié à une substance et vice versa (Petry, 2005). En ce qui a trait aux troubles anxieux, les données empiriques semblent contradictoires. D'une part, des recherches montrent que la symptomatologie anxieuse des joueurs n'est pas significativement différente des groupes témoin et que ces symptômes pourraient simplement être une conséquence du jeu excessif. D'autre part, certains chercheurs montrent que les joueurs sont plus à risque de souffrir d'un trouble anxieux que les joueurs non problématiques (Petry, 2005). Un plus haut taux de trouble panique, de phobie sociale et spécifique a été diagnostiqué chez les joueurs pathologiques (Petry et al., 2005). L'état de

stress post-traumatique et le trouble d'anxiété généralisée surviendraient généralement après l'apparition du problème de jeu (Kessler et al., 2008). Également, les résultats des études sur le jeu PP et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) sont contradictoires. D'abord, la prévalence des joueurs souffrant d'un TOC est très variable selon les études (0,9 à 16,7 %) (Bland, Newman, Orn & Stebelsky, 1993; Cunningham-Williams, Cottler, Compton III & Spitznagel, 1998). Ensuite, certains auteurs mentionnent qu'il existe plusieurs similarités entre ces deux pathologies (Blaszczynski, 1999) alors que d'autres les conçoivent comme étant distinctes (Anholt et al., 2002). Finalement, d'autres troubles psychologiques ont été investigués chez les joueurs tels que la schizophrénie, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et le trouble de contrôle des impulsions (Petry, 2005). Toutefois, ces études ont des lacunes méthodologiques. Elles présentent un faible nombre de joueurs ayant un trouble en comorbidité spécifique. De plus, très peu d'études ont évalué ces aspects. La plupart d'entre elles sont effectuées dans des centres de traitement. Cette méthode de recrutement peut induire un biais quant à la généralisation des résultats puisque ces participants présentent des caractéristiques différentes des joueurs de la population générale. Les JPP en traitement sont plus à même d'être des hommes, d'avoir une faible scolarité et d'être célibataires (Volberg, 1994). Il est pertinent que ces recherches soient plus amplement reproduites afin de pouvoir tirer des conclusions claires. Ensuite, les troubles de la personnalité sont en comorbidité avec le jeu PP bien que la prévalence varie grandement d'une étude à l'autre. Une étude de Pelletier, Ladouceur et Rhéaume (2008) suggère que 64% des JPP ont présenté au moins un trouble de personnalité. Plus spécifiquement, le taux de prévalence du trouble de personnalité antisociale varie entre 0 et 47% et celui des troubles de personnalité narcissique oscille entre 0 et 54 %. Le trouble de personnalité limite a été retrouvé dans une proportion variant de 1 à 57 % selon les études (Bagby, Vachon, Bulmash & Quilty, 2008). Les méthodologies divergentes des recherches pourraient expliquer le manque de cohérence dans les résultats (c. à d. échantillon de joueurs en traitement vs dans la population générale; questionnaires auto-rapportés vs entrevue diagnostique).

1.1.5 Troubles de l'humeur, symptomatologie dépressive des joueurs et des partenaires

Les troubles de l'humeur semblent être liés au jeu PP. Chez les joueurs de la population générale, le trouble bipolaire de type I est répertorié chez environ 3 % des joueurs (Bland et al., 1993; Cunningham-Williams et al., 1998) alors qu'une recherche plus récente obtient un taux de 28 % (Petry et al., 2005). De plus, cette même étude spécifie que près de 5% des joueurs présentent un trouble bipolaire de type II. La différence entre les taux de prévalence obtenus peut s'expliquer par l'utilisation d'instruments différents pour évaluer le problème de jeu (c. à d. quelques questions vs une entrevue diagnostique). Pour ce qui est de la dépression majeure, plusieurs auteurs s'entendent à l'effet qu'elle soit liée au jeu PP (Crockford & el-Guebaly, 1999). À l'opposé, deux études mentionnent que les JPP présentent une symptomatologie dépressive similaire aux joueurs non problématiques (Cunningham-Williams et al., 2000; Zimmerman, Chelminski & Young, 2006). Ces résultats peuvent être influencés par un biais de sélection des participants puisque les échantillons ont été constitués d'individus en traitement pour un trouble lié à une substance ou pour un autre trouble psychologique dans une clinique externe. Néanmoins, il existe un large consensus dans la documentation scientifique suggérant que les JPP sont plus enclins à souffrir de dépression. En effet, ils sont trois fois plus à risque que les non-joueurs d'être atteints d'une dépression majeure (Cunningham-Williams et al., 1998). Selon deux études épidémiologiques, 37 à 39 % des joueurs pathologiques ont souffert d'une dépression majeure au cours de leur vie (Kessler et al., 2008; Petry et al., 2005). Également, sans qu'il ne soit question de diagnostic de dépression majeure, de nombreuses études relatent la symptomatologie dépressive qui accompagne le jeu PP (Bergh & Kühlhorn, 1994; el-Guebaly, et al., 2006; Kim, Grant, Eckert, Faris & Hartman, 2006; Ladouceur, Arsenault, Dubé, Freeston & Jacques, 1997; McCormick, Russo, Ramirez & Taber, 1984; Romer Thomsen, Callesen, Linnet, Kringelbach & Moller, 2009). Enfin, plusieurs joueurs excessifs présentent des idées suicidaires, certains font des tentatives de suicide et quelques recherches font état de suicides complétés liés au jeu PP (Blaszczynski & Farrell, 1998; Petry & Kiluk, 2002).

Par ailleurs, il existe peu de recherches sur la symptomatologie dépressive des partenaires de joueurs. La plupart des études n'investiguent pas de trouble psychologique

spécifique et étudient plutôt des concepts plus larges. Par exemple, des chercheurs soulignent l'impact négatif du jeu sur le bien-être psychologique des conjoints (Ferland et al., 2008; Lorenz & Shuttlesworth, 1983). De plus, quelques études investiguent l'intensité de la détresse psychologique, un concept englobant l'anxiété et la dépression (Préville, Boyer, Potvin, Perrault & Légaré, 1992). Deux recherches portant sur les personnes significatives dans la vie des joueurs soulignent un degré de détresse psychologique élevé (Hodgins et al., 2007; Makarchuk, Hodgins & Peden, 2002). Par ailleurs, certaines études descriptives ou basées sur des observations cliniques ont mentionné que les partenaires souffrent de dépression (Dickson-Swift et al., 2005, Gaudia, 1987; Lorenz & Yaffee, 1988; 1989; Patford, 2009). Bien que quelques chercheurs relatent la présence d'une symptomatologie dépressive chez les conjoints de JPP, la plupart des recherches comportent des lacunes méthodologiques importantes (p. ex., taille petite de l'échantillon, échantillons constitués uniquement de partenaires de sexe féminin). Il est alors difficile d'interpréter les résultats et d'en tirer des conclusions claires.

Finalement, bien que la symptomatologie dépressive soit répertoriée chez les JPP et leurs partenaires, les interactions entre la symptomatologie dépressive et le problème de jeu chez les JPP et leurs partenaires demeurent peu comprises (Kim et al., 2006; O'Brien, 2011). Voici donc différents modèles explicatifs applicables autant aux joueurs qu'à leurs conjoints.

1.1.6 Modèles d'interaction entre le jeu PP et la symptomatologie dépressive pour le joueur et le partenaire

Une première hypothèse suggère que *la dépression est une conséquence du jeu PP*. La motivation du joueur à vouloir «se refaire» occasionne des pertes financières importantes et des conséquences négatives dans la vie de l'individu (Abbott et al., 1995). Le joueur, constamment préoccupé par le jeu, aurait tendance à s'isoler et se couper ainsi de plusieurs sources de renforcement positif (O'Brien, 2011). Quelques études viennent appuyer cette conceptualisation (Becoña, Del Carmen Lorenzo & Fuentes, 1996; Bergh, & Kühlhorn, 1994; Roy, Custer, Lorenz & Linnoila, 1988). Toutefois, aucune de ces recherches n'a investigué à l'aide d'instruments de mesure valides la présence de troubles psychologiques

antérieurs au jeu PP. Donc, ces résultats ne contribuent pas à donner des appuis solides à cette hypothèse.

Une seconde hypothèse suggère plutôt que *la dépression précède le jeu PP*. Ceci implique que les joueurs présenteraient des vulnérabilités psychologiques et biologiques qui les prédisposeraient au problème de jeu (O'Brien, 2011). Plusieurs JPP auraient une histoire développementale parsemée d'événements de vie stressants et traumatisants. Ils posséderaient un style cognitif dépressif et un répertoire de stratégies de *coping* peu efficaces (McCormick, 1987; O'Brien, 2011). Notamment, certains individus tenteraient d'éviter de ressentir les symptômes dépressifs en focalisant leur attention sur le jeu (Blaszczynski & Nower, 2002). D'autres utiliseraient les jeux de hasard pour ressentir des sensations fortes, de l'excitation et une élévation de l'humeur (Jacobs, 1986). Quelques données empiriques appuient que la dépression précède le jeu PP (el-Guebaly et al., 2006; Kennedy et al., 2010; Kessler, et al., 2008). Parmi celles-ci figurent l'étude d'el-Guebaly et ses collègues. Toutefois, ces chercheurs ont regroupé les catégories des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, alors il n'est pas possible de déterminer le poids spécifique de la dépression comme prédicteur du jeu PP. Ensuite, l'étude de Kennedy et al. (2010) appuie également cette hypothèse. Cependant, cette recherche pourrait présenter un biais de sélection des participants puisque le recrutement s'est effectué chez des usagers de cliniques externes dont une spécialisée sur les troubles de l'humeur. Ces participants peuvent présenter des caractéristiques particulières ce qui limitent la généralisation des résultats.

Le *modèle biopsychosocial du jeu problématique et pathologique (Pathways model of problem and pathological gambling; Blaszczynski & Nower, 2002)* intègre chacune des hypothèses mentionnées ci-haut. Il stipule que les JPP constitueraient une population hétérogène formée de plusieurs sous-types de joueur. Cette conceptualisation est véhiculée par plusieurs chercheurs (pour une recension, voir Milosevic & Ledgerwood, 2010). Le premier type est le joueur conditionné de façon comportementale (behaviourally conditioned problem gambler). Il ne manifesterait pas de trouble psychologique avant de développer le problème de jeu. Donc, les symptômes dépressifs seraient une conséquence du jeu excessif. En ce qui a trait aux deux autres sous-types, le joueur vulnérable sur le plan affectif

(emotionally vulnerable problem gambler) et le joueur impulsif et antisocial (impulsivist antisocial problem gambler), ils présenteraient des troubles psychologiques, dont la dépression, qui les prédisposeraient à développer le jeu PP. Ces individus utiliseraient la pratique du jeu pour apaiser leurs émotions désagréables ou leurs symptômes dépressifs. Ce modèle a des appuis empiriques mais n'a pas été utilisé spécifiquement pour valider l'interaction entre les symptômes dépressifs et les différents types de JPP (Nower, Gupta, Blaszczynski & Derevensky, 2004; Turner, Zangeneh & Littman-Sharp, 2006).

Enfin, la *théorie sur le stress et le coping* de Lazarus (1976) est utile pour représenter la relation entre le jeu PP et la dépression. Plusieurs événements stressants surviennent avant et après l'apparition d'un trouble psychologique (p. ex., difficultés à l'école ou au travail). Les conflits conjugaux sont également des facteurs de stress important chez les couples aux prises avec un problème de jeu. La perception du joueur face aux événements stressants semble avoir des implications importantes dans la détresse psychologique du joueur. Ce dernier évaluera si ces situations sont menaçantes en fonction de son histoire développementale et de sa personnalité. Sa perception aurait un impact sur sa capacité à composer avec ceux-ci (*coping*). C'est lorsque le stress deviendrait chronique et que les stratégies de *coping* seraient perçues comme étant inefficaces ou insuffisantes qu'un trouble psychologique pourrait survenir (Lupien, 2010). Plusieurs études ont souligné le répertoire de stratégies de *coping* inefficaces des joueurs en ce qui a trait à la gestion de l'humeur dépressive (Beaudoin & Cox, 1999; Bonnaire, Bungener & Varescon, 2009; Boughton, & Falenchuk, 2007; Getty, Watson, & Frisch, 2000). Toutefois, deux de ces études n'ont pas utilisé des instruments de mesure valides pour évaluer les symptômes dépressifs des joueurs. Malgré que les stratégies de *coping* et de résolution de problèmes soient importantes dans le traitement du jeu pathologique (Ladouceur & Lachance, 2008), d'autres études doivent être élaborées pour mieux comprendre leurs liens avec la dépression.

Ces modèles d'interaction peuvent également s'appliquer à la symptomatologie dépressive des partenaires de joueurs. Tout d'abord, l'hypothèse voulant que *les symptômes dépressifs soient une conséquence du jeu PP* peut être illustrée par les trois phases que les conjoints semblent traverser : le doute, le stress et l'épuisement (Boutin & Ladouceur, 2006;

Custer & Milt, 1985). D'abord, les partenaires éprouveraient des doutes face aux comportements inhabituels du conjoint jusqu'à la découverte de la problématique. Alors que le problème de jeu perdure, les conjoints entreraient dans la phase de stress. Le jeu excessif et ses conséquences négatives engendreraient des émotions désagréables et un état de stress chronique. Généralement, les conjoints tenteraient de résoudre seuls leurs difficultés et celles du joueur. Les multiples tentatives s'avéreraient souvent peu efficaces. Les partenaires entreraient ensuite dans la phase d'épuisement. C'est habituellement durant cette période que les symptômes dépressifs pourraient s'intensifier et se consolider en une dépression. Cependant, il est important de mentionner que les stades peuvent se chevaucher et que le processus n'est pas linéaire. Ces stades illustrent l'hypothèse que les symptômes dépressifs des partenaires découleraient du jeu PP. Par contre, la documentation scientifique qui appuie cette explication est basée sur des études de nature descriptive et sur des observations cliniques (Dickson-Swift, James & Kippen, 2005; Lorenz, & Shuttlesworth, 1983; Lorenz & Yaffee 1988; 1989). Donc, la compréhension de l'influence du jeu PP sur la symptomatologie dépressive des partenaires de joueurs demeure encore limitée.

Les partenaires de joueurs peuvent aussi présenter une *dépression avant que le jeu PP se manifeste*. Il semble que plusieurs partenaires rapportent une faible estime de soi. Ils soutiennent utiliser des stratégies de *coping* inefficaces pour gérer les stressors dont la consommation excessive d'alcool (Lorenz & Yaffee, 1988; 1989). Ces facteurs pourraient contribuer à ce qu'ils soient plus enclins à souffrir de dépression (Rubio et al., 2011). À la connaissance de l'auteure, cette hypothèse n'a pas fait l'objet de recherche. Il serait intéressant d'évaluer plus amplement les facteurs qui prédisposent les partenaires à la dépression comme les éléments en lien avec leurs personnalités (p.ex. présence de trait d'anxiété).

D'autre part, la *théorie sur le stress et le coping* est également pertinente pour illustrer comment s'installent les symptômes dépressifs chez les conjoints. Une étude de Ferland et ses collègues (2008) montre que la perception des partenaires par rapport aux difficultés liées au jeu PP semble différer de celle du joueur. Ils conçoivent les conséquences du problème de jeu sur eux-mêmes et sur leur conjoint comme étant plus sévères que le

joueur ne les perçoit (Ferland et al., 2008). Les difficultés qui perdurent dans le temps induiraient un stress chronique. Ces aspects pourraient avoir un impact sur leurs interprétations quant à leurs capacités à composer avec les situations qu'ils jugent menaçantes. Les conjoints utiliseraient plusieurs stratégies d'adaptation (Patford, 2009). Toutefois, devant le maintien du problème de jeu, l'épuisement viendrait teinter leurs choix de stratégies de *coping* et plusieurs comportements d'évitement surviendraient (Rychtarik, & McGillicuddy, 2006). Par exemple, les partenaires consommeraient de l'alcool ou de la drogue pour composer avec une détresse psychologique et des symptômes dépressifs qui s'intensifient (Lorenz & Yaffee, 1983; Patford, 2009). Quelques études soulignent que les interventions visant à améliorer les habiletés de *coping* diminuent significativement la détresse psychologique et l'humeur dépressive des partenaires (Hodgins et al., 2007; Patford, 2009; Rychtarik, & McGillicuddy, 2006). Toutefois, une seule d'entre elles mesure spécifiquement les symptômes dépressifs à l'aide d'un questionnaire valide.

1.2 Corrélats de la symptomatologie dépressive des JPP, des partenaires et de la population générale

Maintenant que les interactions entre la symptomatologie dépressive et le jeu excessif ont été mentionnées, il est pertinent de s'intéresser plus spécifiquement aux facteurs qui rendent les joueurs et leurs partenaires plus à risque de présenter des symptômes de dépression sévère. En se basant sur la théorie sur le stress et le *coping*, certains corrélats de la symptomatologie dépressive des JPP et de leurs conjoints seront rapportés. Entre autres, certaines situations stressantes liées au jeu excessif seront mentionnées (p. ex. difficultés financières, problèmes conjugaux), des caractéristiques individuelles qui influencent l'interprétation de ces situations seront prises en considération (c. à d. caractéristiques sociodémographiques et trait d'anxiété) et les stratégies de *coping* telles que les habiletés de résolution de problèmes seront abordées. Puisqu'il existe peu d'études sur ce sujet, les données empiriques portant sur les facteurs de risque associés à la dépression majeure dans la population générale seront soulignées pour appuyer le choix des corrélats à l'étude dans la présente thèse.

1.2.1 Corrélats de la symptomatologie dépressive chez les joueurs

Certaines caractéristiques sociodémographiques rendent les joueurs plus à risque de souffrir de dépression. Toutefois, les données empiriques quant à ces facteurs sont fréquemment contradictoires. Tout d'abord, 11 études mentionnent que les femmes JPP sont plus enclines à présenter des émotions négatives, une symptomatologie dépressive ou une dépression majeure. En effet, elles semblent présenter en grande proportion des symptômes dépressifs modérés à sévères (Ibarzábal, 2000; Moodie & Finnigan, 2006). De plus, elles sont plus susceptibles de souffrir d'un trouble de dépression majeure au cours de leur vie (Ibáñez, Blanco, Morervra & Sáiz-Ruiz, 2003; Petry et al., 2005). Une étude épidémiologique a évalué, à l'aide d'une entrevue diagnostique, les troubles psychologiques des joueurs durant la dernière année. Les femmes seraient de 1,8 à 3,5 fois plus à risque que les hommes de souffrir de dépression majeure (Desai & Potenza, 2008). Il se pourrait qu'un plus grand nombre de femmes soit des «joueurs vulnérables sur le plan affectif» (emotionally vulnerable problem gambler du modèle de Blaszczynski & Nower, 2002). Ces dernières utiliseraient la pratique du jeu pour apaiser les affects dépressifs (Dannon et al., 2010; Echeburúa, González-Ortega, de Corral & Polo-López, 2011; Getty et al., 2000.; Ledgerwood & Petry, 2010; Matheson, Wohl & Anisman, 2009; Turner, Jain, Spence & Zangeneh, 2008). Les études précédemment mentionnées présentent toutefois des lacunes méthodologiques qui pourraient avoir influencé les résultats. Alors que des recherches ont été effectuées auprès de grands échantillons de la population générale (Desai & Potenza, 2008; Petry et al., 2005), d'autres portent sur un échantillon composé majoritairement d'étudiants (Ibáñez, Blanco, Morervra & Sáiz-Ruiz, 2003; Ibarzábal, 2000). De plus, les études épidémiologiques de Desai & Potenza, (2008) et Petry et al. (2005) ont eu recours à de nombreux intervieweurs. Bien que les auteurs certifient la formation de ces derniers, le coefficient de fidélité interjuge n'est aucunement spécifié. Par ailleurs, quatre études soulignent qu'il n'y a pas de différence significative entre les sexes en ce qui a trait à la dépression chez les joueurs (Kennedy et al., 2010; Quilty, Watson, Robinson, Toneatto & Bagby, 2010; Specker, Carlson, Edmonson, Johnson & Marcotte, 1996; Winslow, 2001). Ces résultats peuvent s'expliquer par un biais de recrutement. Quatre des cinq études ont recruté des usagers d'une clinique externe. Il est possible que la sévérité des symptômes soit similaire chez les participants qui sont en

traitement. Ainsi, l'effet quant au sexe n'a pas pu être détecté. Une étude recrutant également des joueurs dans la population générale pourrait permettre de réduire ce type biais.

Par ailleurs, l'âge semble être associé à la comorbidité entre les troubles de l'humeur et le jeu PP. Les joueurs plus jeunes semblent plus enclins à souffrir de dépression majeure, d'avoir des idées suicidaires et de faire des tentatives de suicide (McCormick et al., 1984). Ils ont davantage de problèmes psychosociaux et légaux. De plus, ils sont plus nombreux à présenter un trouble d'abus de substance comparativement aux joueurs plus âgés (56 ans et plus) (Petry, 2002). Ces aspects peuvent contribuer à ce que les JPP plus jeunes présentent une symptomatologie dépressive plus sévère. Il est à noter que la variable de l'âge est fréquemment contrôlée dans les études. Elle pourrait être une confondante qui influence le lien entre la dépression et le jeu excessif. D'autres auteurs ont plutôt opté pour étudier des strates d'âge spécifiques. Ces recherches ne permettent pas de tirer des conclusions claires puisqu'elles n'offrent pas de point de comparaison avec un autre groupe d'âge. De plus, un taux élevé de dépression a été retrouvé à la fois chez les adolescents, les jeunes adultes et les personnes âgées (Derevensky & Gupta, 2004; Dussault, Brendgen, Vitaro, Wanner & Tremblay, 2011; Kerber, Black & Buckwalter, 2008; Pietrzak, Morasco, Blanco, Grant & Petry, 2007). Il est à noter que plusieurs de ces études ont évalué des joueurs recrutés dans des centres de traitement sur les dépendances (McCormick et al., 1984; Petry, 2002; Kerber et al., 2008). Ces recherches présentent également peu d'informations sur les caractéristiques sociodémographiques telles que le revenu des joueurs. Cela fait en sorte qu'il est impossible de déterminer si ces aspects peuvent avoir influencé les résultats obtenus. Lors de futures recherches, il serait pertinent d'évaluer l'âge en tant que variable continue. Il serait aussi important d'inclure des participants de tous âges de la population générale.

Dans un autre ordre d'idée, les joueurs sont plus à risque de présenter une dépression puisque le jeu PP a un impact significatif sur la situation économique de l'individu (Winters & Kushner, 2003). En effet, de nombreux auteurs soulignent que les pertes financières, les dettes et la faillite sont liées à une augmentation des symptômes dépressifs (Ballon, 2006; Blaszczynski & Nower, 2002; Grant et al., 2010; Kim et al., 2006; Petry, 2003a; Roy et al., 1988; Winters & Kushner, 2003). Toutefois, ces études utilisent rarement un groupe témoin.

Cela fait en sorte qu'il est difficile d'interpréter les résultats puisqu'aucune comparaison ne peut être effectuée avec des joueurs non problématiques présentant des difficultés financières. Ensuite, l'étude de Momper et ses collègues (2010) stipule que les JPP à faible revenu sont plus susceptibles de présenter une symptomatologie dépressive. Cependant, cette étude n'utilise pas d'instrument de mesure valide pour évaluer la dépression et investigate la présence à vie des symptômes dépressifs. À l'inverse, l'étude de Petry et al. (2005) montre que le revenu n'est pas un facteur associé à la présence d'un trouble de l'humeur chez les joueurs pathologiques. D'autre part, des recherches épidémiologiques montrent qu'un pourcentage important de joueurs excessifs est sans emploi (APA, 1994; Kairouz et al., 2010; Chou & Afifi, 2011). Une seule étude a souligné qu'une proportion significativement plus élevée de joueurs pathologiques présentant des symptômes dépressifs sont sans emploi comparativement à un groupe témoin (Roy et al., 1988). Ensuite, une recherche sur les suicides complétés liés au problème de jeu montre que 32 % de l'échantillon a manifesté une symptomatologie dépressive et que 84 % des individus ont présenté un statut socio-économique faible (c. à d. type d'emploi) ou n'avaient pas d'emploi (Blaszczynski & Farrell, 1998). Bref, les résultats semblent indiquer que la situation financière et le statut d'emploi constitueraient des prédicteurs des symptômes dépressifs. Toutefois, l'étude de l'influence des variables sociodémographiques sur la dépression présentée par les joueurs doit se poursuivre puisqu'il est difficile d'en tirer des conclusions claires.

D'autre part, la sévérité du problème de jeu semble être un facteur associé à l'humeur dépressive des JPP. Le lien entre ces variables pourrait être bidirectionnel. D'une part, les joueurs ayant un problème de jeu sévère jouent plus fréquemment et plus longtemps. Ils vivent alors davantage de pertes financières et de problèmes psychosociaux. D'autre part, les symptômes dépressifs semblent prédire le besoin urgent de jouer, une augmentation de la fréquence et du temps passé à jouer (Romer et al., 2009; Toce-Gerstein et al., 2003). Des études dotées d'échantillons de grande taille corroborent cette relation entre les symptômes dépressifs et la sévérité du jeu PP (Brooker, Clara & Cox, 2009; Desai & Potenza, 2008; Grant et al., 2009; Källmén, Andersson & Andren, 2008; Ladouceur et al., 1997; Matheson et al., 2009). Toutefois, les instruments de mesure employés pour évaluer la sévérité du jeu excessif sont différents (CPGI, DSM-IV, SOGS). Il est alors difficile d'estimer si les auteurs

discutent du même niveau de sévérité du jeu excessif. De plus, l'association entre la sévérité du problème de jeu et les symptômes dépressifs est retrouvée chez plusieurs groupes de joueurs ayant des caractéristiques spécifiques : 1) les joueurs en traitement (Ibáñez, Blanco, Donahue, Lesieur, Castro et al., 2001; Specker et al., 1996; Westphal & Johnson, 2007); 2) les JPP présentant un trouble de dépendance à une substance (Cunningham-Williams et al., 2000; McCormick, 1993; Rush, Bassani, Urbanoski & Castel, 2008); 3) les joueurs de groupes d'âge différents (Dussault et al., 2011; Langewisch, 2003; Pietrzak et al., 2007; Xian, Shah, Potenza, Volberg & Chantarujikapong et al., 2008); 4) les JPP jouant aux appareils de loterie vidéo (Jefferson, 2006; Petry, 2003b; Romer Thomsen, et al., 2009); 5) les joueurs présentant des idées ou des comportements suicidaires (Maccallum & Blaszczyński, 2003; Nower, Gupta, Blaszczyński & Derevensky, 2004). Enfin, deux études épidémiologiques ont souligné que les individus souffrant de dépression majeure sont significativement plus à risque de présenter un problème de jeu sévère (el-Guebaly et al., 2006; Kennedy et al., 2010). Malgré leurs échantillons de grande taille et l'emploi d'instruments de mesure valides, ces études comportent des limites. Dans l'étude d'el-Guebaly et ses collègues les scores des symptômes anxieux et dépressifs ont été fusionnés. Ainsi, il n'est pas possible de départager leurs liens respectifs avec le jeu pathologique. De son côté, Kennedy et al. ont recruté exclusivement des participants présentant une dépression et ont comparé les individus avec et sans problèmes de jeu. Les caractéristiques de ces participants pourraient ne pas être représentatives des JPP puisqu'ils sont suivis pour le traitement de la dépression. Seulement une seule étude ne corrobore pas l'association entre la symptomatologie dépressive et la sévérité du problème de jeu (Quilty, Watson, Robinson, Toneatto & Bagby, 2010). Cependant, ces résultats sont basés sur un échantillon d'individus présentant un ou plusieurs troubles psychologiques au cours de leur vie. Il est possible que la symptomatologie dépressive n'ait pas été présente durant la période où la personne présentait un problème de jeu. Somme toute, le lien entre les symptômes dépressifs et le jeu PP est souligné par plusieurs chercheurs. Toutefois, une étude évaluant la symptomatologie dépressive actuelle et utilisant au moins deux instruments de mesure validés pour évaluer le jeu PP (p. ex. Entrevue DSM-IV et SOGS) pourrait offrir un appui important à cette association.

Par ailleurs, la relation entre la dépression, le stress et l'anxiété des JPP est largement répertoriée. Toutefois, peu d'études ont documenté l'influence du trait d'anxiété chez les joueurs présentant une symptomatologie dépressive (Petry, 2005). Pourtant, les résultats d'une méta-analyse montrent que les joueurs pathologiques sont plus à risque de présenter un trait de névrotisme (*neuroticism*), un concept semblable au trait d'anxiété (MacLaren, Fugelsang, Harrigan & Dixon, 2011). Ce trait serait associé à une faible estime de soi et à une faible tolérance à l'ennui (Burton, Netemeyer & Andrews, 2000; Mercer-Lynn, Flora, Fahlman & Eastwood, 2011). Il prédisposerait les joueurs à présenter davantage des pensées et des émotions négatives. Dans un échantillon d'individus présentant un trouble de dépression majeure, les JPP obtiennent un score plus élevé à l'échelle de névrotisme que les non-joueurs (Kennedy et al., 2010). Ce trait de personnalité a aussi été répertorié chez les joueurs présentant un trouble en comorbidité (Black & Moyer, 1998; Ibáñez et al., 2001). Toutefois, ces études possèdent un échantillon de petite taille et n'utilisent pas de groupe témoin. Donc, il serait pertinent que d'autres études investiguent plus amplement cette relation en incluant des joueurs récréatifs pour offrir un point de comparaison.

La relation entre le jeu PP et la dépendance à l'alcool a été maintes fois soulignée dans la documentation scientifique (Cunningham-Williams et al., 1998; Chou & Afifi, 2011; Kessler et al., 2008; Specker et al., 1996). Cette association est également significative lorsque le joueur présente d'autres troubles en comorbidité (Henderson, 2004). Plus spécifiquement, la dépendance à l'alcool semble être en lien avec la présence d'affects négatifs (McCormick, 1993) et la dépression (Kennedy et al., 2010; Potenza, Xian, Shah, Scherrer & Eisen, 2005). Toutefois, certaines lacunes méthodologiques limitent la portée des résultats. Entre autres, les participants recrutés possèdent des caractéristiques particulières (c. à d. des individus présentant un trouble d'abus de substance, des patients de cliniques externes souffrant d'un trouble de l'humeur, des jumeaux de sexe masculin). Deux de ces études ne présentent pas de groupe témoin. Il est à noter qu'une recherche, effectuée auprès de participants ayant un trouble de dépendance à une substance, montre que les JPP ne présentent pas un taux plus élevé de dépression majeure que les joueurs non problématiques (Cunningham-Williams et al., 2000). Donc, il est difficile de tirer des conclusions claires sur l'association entre la dépendance à l'alcool, le jeu PP et la dépression. Pourtant, cette relation

pourrait être expliquée par la proportion importante de joueurs de type vulnérable sur le plan affectif et de joueurs impulsifs / anti-sociaux recrutés dans les études. Ces derniers sont plus enclins à présenter une humeur négative, des symptômes dépressifs ainsi qu'à consommer de l'alcool ou de la drogue (Blaszczynski & Nower, 2002; Turner et al., 2008). Enfin, d'autres études doivent reproduire les résultats tout en prenant soin d'étudier des joueurs dans la population générale.

Par ailleurs, l'utilisation de stratégies de *coping* inefficaces employées par les JPP est fréquemment mentionnée dans la communauté scientifique et deux études soulignent qu'elles sont associées aux symptômes dépressifs des joueurs (Getty et al., 2000; Langewisch, 2003). Pour certains JPP, la pratique du jeu serait utilisée pour fuir les problèmes quotidiens, apaiser les émotions désagréables et les symptômes dépressifs (Bonnaire et al., 2009; Chou & Afifi, 2011; Clarke, 2006; Jacobs, 1986; McCormick, 1994). Les femmes qui ont un problème de jeu excessif sont nombreuses à jouer pour ces raisons (Boughton & Falenchuk, 2007; Ledgerwood & Petry, 2010). Cependant, les stratégies de *coping* constituent un concept large. Il serait intéressant d'étudier des habiletés spécifiques telles que la résolution de problèmes afin de savoir leur influence sur la symptomatologie dépressive des joueurs. En effet, les habiletés de résolution de problèmes sont importantes puisqu'elles constituent une cible du traitement cognitivo-comportemental du jeu pathologique (Ladouceur & Lachance, 2008). Une seule étude a investigué l'association entre les stratégies de résolution de problèmes et les symptômes dépressifs chez des membres de Gamblers Anonymes, un groupe de soutien conçu pour les JPP (Getty et al., 2000). Les résultats stipulent que les joueurs présentant des symptômes dépressifs sévères utilisent davantage des stratégies d'évitement. Ils font preuve de désorganisation et manquent aussi de persistance dans l'application de leurs stratégies. Bien que cette étude soit dotée d'un groupe témoin et qu'elle utilise l'appariement entre les groupes sur plusieurs variables sociodémographiques, elle présente des lacunes méthodologiques importantes (c. à d. échantillon uniquement constitué de membres de Gamblers Anonymes; utilisation de la première version de l'Inventaire de dépression de Beck (Beck, Steer & Garbin, 1988); envoi postal des questionnaires). Donc, il serait intéressant qu'une étude évalue cette variable en prenant soin d'utiliser des instruments de mesure valides et en incluant des joueurs recrutés dans la population générale.

Enfin, plusieurs JPP sont aux prises avec des problèmes conjugaux. Les joueurs rapportent avoir de nombreux conflits, des difficultés de communication avec leur partenaire et une faible satisfaction conjugale (Petry, 2005; McComb et al., 2009). Les problèmes conjugaux constituent une des premières difficultés mentionnées en traitement. Ces derniers semblent être un facteur de rechute (Bertrand et al., 2008). Quelques auteurs ont relaté que la symptomatologie dépressive était liée à des conséquences négatives du jeu PP dont les problèmes conjugaux (Momper et al., 2010; Roy et al., 1988; Steinberg, 1993). Aucune étude à la connaissance de l'auteure n'a évalué l'impact des composantes conjugales plus spécifiques telles que l'ajustement dyadique sur les symptômes dépressifs des joueurs. Alors, une étude devrait être conduite auprès de JPP en couple afin d'examiner plus amplement ces aspects.

Il existe plusieurs autres corrélats saillants dans la documentation scientifique qui n'ont pas été abordés dans cette recension des écrits. Quelques auteurs mentionnent d'autres facteurs qui semblent prédisposer les JPP à présenter des symptômes dépressifs. La scolarité et l'ethnicité semblent être des facteurs liés aux symptômes dépressifs (Chou, 2011; Kennedy, 2010; Petry et al., 2005). Par ailleurs, les antécédents psychiatriques et médicaux du JPP et de sa famille semblent être des corrélats qui contribuent à augmenter le risque de souffrir de dépression (Blaszczynski & Nower, 2002; Chou & Afifi, 2011; Crockford, 1998). Ensuite, les habitudes de jeu excessives semblent induire un niveau de stress important (Ballon, 2006; Kennedy et al., 2010; Langewisch, 1997; Törne & Konstanty, 1992). Plus spécifiquement, la crise financière et les dettes sont fréquemment mentionnées comme étant liées à la dépression chez les joueurs (Chou & Afifi, 2011; Grant et al., 2010; Kim et al., 2006; Momper et al., 2010; Roy et al., 1988). Ces pertes financières semblent avoir plusieurs impacts négatifs dans la vie personnelle et sociale de l'individu. Elles peuvent contribuer à une diminution de l'estime de soi et à l'isolement (O'Brien, 2011). Les schémas cognitifs et les traits de personnalité semblent également être des facteurs liés à la dépression des JPP (Blaszczynski & Nower, 2002; O'Brien, 2011; Potenza et al., 2005). Ces aspects peuvent teinter négativement la façon dont les joueurs interprètent les situations. Ces perceptions peuvent alors avoir un impact sur sa motivation, sa façon d'agir et d'interagir avec les autres.

Les comportements d'évitement et de réassurance peuvent contribuer et maintenir les symptômes dépressifs (Beck, 2011). Enfin, plusieurs chercheurs soulignent le lien entre l'abus et la dépendance à des substances et la dépression des JPP (Blaszczynski & Nower, 2002; Bourget, Ward & Gagné, 2003; Crockford, 1998; El-Guebaly, 2006; McCormick, 1993; O'Brien, 2011; Potenza, 2005; Turner, 2008). La relation entre la dépression et la consommation de drogue est complexe. Cette dernière peut être considérée comme un facteur de risque chez certains individus alors que pour d'autres, la drogue est utilisée pour alléger la symptomatologie dépressive (Swendsen & Merikangas, 2000).

Malgré leur pertinence, il y a plusieurs raisons pour lesquelles ces corrélats n'ont pas été considérés dans la présente étude. Tout d'abord, cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude qui évalue la dynamique conjugale des couples aux prises avec le jeu excessif. Les instruments de mesure ont ainsi été choisis en fonction de ce sujet. Il est à noter que les hypothèses de la présente étude ont été formulées à posteriori. De plus, le choix des variables a été effectué en fonction des ressources modestes et limitées du programme de recherche. Enfin, dans l'optique de maximiser le recrutement et de diminuer le taux d'attrition des participants, un nombre limité de questionnaires a été sélectionné.

1.2.2 Corrélats de la symptomatologie dépressive chez les partenaires de joueurs

La documentation scientifique concernant les partenaires de joueurs est limitée et il existe peu d'études quant aux facteurs associés à leurs symptômes dépressifs. Alors, le spectre de la recension sera élargi en intégrant les études qui portent sur la détresse psychologique des partenaires, un concept qui englobe la symptomatologie dépressive (Préville et al., 1992).

Les caractéristiques sociodémographiques des conjoints de JPP sont encore méconnues. Il semble que les femmes de joueurs sont à risque de présenter de la détresse psychologique et des symptômes dépressifs (Crisp et al., 2001; Gaudia, 1987; Heineman, 1987; Lorenz & Shuttlesworth, 1983; Lorenz & Yaffee, 1988; Mazzoleni, Gorenstein, Fuentes & Tavares, 2009; Patford, 2009). Par contre, une seule de ces études comporte un

échantillon composé de partenaires de sexe féminin et masculin (Crisp et al., 2001). Donc, cette limite empêche de tirer des conclusions claires concernant l'influence du sexe sur la détresse psychologique de ces derniers. Une recherche ayant un échantillon composé à la fois d'hommes et de femmes pourrait permettre de mesurer l'influence du sexe du conjoint sur la détresse psychologique et les symptômes dépressifs. Ensuite, la majorité des chercheurs ont utilisé l'âge comme variable descriptive. Une seule étude portant sur les personnes significatives pour les JPP montre qu'un plus jeune âge est associé à une plus grande détresse (Hodgins et al., 2007). Malheureusement, ces résultats n'ont pas été reproduits jusqu'à maintenant. Enfin, le revenu et le statut d'emploi sont aussi utilisés comme variables descriptives. Donc, il n'est pas possible de tirer des conclusions quant à leur association avec les symptômes dépressifs des partenaires. Toutefois, les difficultés financières constituent un problème fréquemment mentionné par les conjoints de joueur (Crisp et al., 2001; Ferland, et al., 2008; Patford, 2009; Shaw, Forbush, Schlinder, Rosenman & Black, 2007). Elles semblent engendrer un stress important (Lorenz, & Shuttlesworth, 1983) et être associées à une grande détresse (Ciarrocchi & Reinert, 1993). Cependant, ces données sont basées sur des observations cliniques ou des sondages concernant des membres de GAM-ANON, un groupe de soutien conçu pour les membres de l'entourage du joueur. Alors, de futures études pourraient contribuer à corroborer cette association à l'aide d'instruments de mesure valides. Également, le recrutement de partenaires dans la population générale pourrait permettre une meilleure représentativité de ces individus.

Par ailleurs, la sévérité du problème de jeu ou le statut clinique du joueur (c. à d. joueur problématique vs joueur pathologique) peut être un facteur associé à la détresse psychologique des conjoints. Un problème de jeu plus sévère est relié à de nombreuses conséquences négatives sur les membres de leur entourage (Toce-Gerstein et al., 2003). Les joueurs pathologiques ont tendance à emprunter des sommes d'argent plus importantes et à mentir plus fréquemment à leurs proches comparativement aux joueurs problématiques. Ils sont plus enclins à mettre en péril une relation affective importante telle que leur relation conjugale. L'étude d'Hodgins et al. (2007) montre que les personnes significatives pour le joueur qui vivent davantage de conséquences négatives en lien avec le problème de jeu (p. ex., manquements aux responsabilités familiales ou professionnelles par le JPP, fluctuation

de l'humeur du joueur) souffrent d'une détresse plus sévère. Ces aspects ont été répertoriés dans un échantillon majoritairement constitué de conjoints. De plus, cette étude se base sur la perception des personnes significatives quant à la sévérité du problème de jeu. Cette procédure pourrait porter atteinte à la validité de construit et ainsi, influencer les résultats. Alors, une étude basée uniquement sur un échantillon de conjoints de joueur qui emploie des instruments de mesure valides pourrait permettre de mieux cerner la détresse psychologique en lien avec la sévérité du problème de jeu.

Dans un autre ordre d'idée, plusieurs auteurs relatent que les partenaires vivent un niveau élevé de stress et d'anxiété (Bertrand et al., 2008; Dickson-Swift et al., 2005; Patford, 2009; Rychtarik, & McGillicuddy, 2006). Ferland et ses collègues (2008) soulignent que les partenaires, particulièrement les femmes, jugent que les conséquences négatives associées au jeu PP sont plus intenses comparativement au joueur (Ferland et al., 2008). Cependant, la mesure du degré d'intensité des conséquences n'a pas été effectuée à l'aide d'un instrument de mesure valide. Ensuite, certains traits de personnalité tels que le trait d'anxiété pourrait prédisposer les partenaires de joueurs à percevoir les situations stressantes de façon plus négative et menaçante (Clark & Watson, 1991). Ces traits pourraient contribuer à une augmentation de la détresse psychologique. Un vide dans la documentation scientifique existe sur ce plan et de futures recherches dotées d'instruments de mesure valides doivent être conduites.

La dépendance à l'alcool chez les partenaires est très peu documentée. Pourtant, la consommation régulière et excessive d'alcool semble être présente chez les partenaires de joueurs (Zion et al., 1991). Certains rapportent que ce comportement serait une stratégie employée pour composer avec leurs problèmes (Lorenz & Shuttlesworth, 1983). Alors, il serait intéressant, dans un premier temps, de mesurer la présence de l'alcoolisme chez les partenaires de joueurs et ensuite, d'évaluer si la consommation excessive d'alcool est un prédicteur de la détresse psychologique et des symptômes dépressifs.

Par ailleurs, les stratégies de *coping* des partenaires de joueurs ont été étudiées dans quelques recherches. Il semble qu'une multitude de stratégies soit déployée par le

partenaire pour composer avec les problèmes liés au jeu (Patford, 2009). La détresse du conjoint serait associée au stress occasionné par le problème de jeu et par la difficulté à maintenir des stratégies de *coping* efficaces à long terme (Boutin & Ladouceur, 2006; Rychtarik & McGillicuddy, 2006). Des études ont montré que l'amélioration des habiletés de *coping* diminue la détresse et la dépression chez les conjoints de joueurs (Hodgins et al., 2007; Rychtarik & McGillicuddy, 2006). Étant donné le peu d'études existant à ce sujet, ces résultats doivent être reproduits. De futures recherches pourraient corroborer le lien entre les symptômes dépressifs des partenaires et des stratégies de *coping* plus spécifiques. Entre autres, une étude montre que les conjointes souhaiteraient améliorer leurs habiletés de résolution de problèmes (Lorenz & Yaffee, 1989). Ces recherches pourraient solidifier la portée des résultats en présentant de meilleures qualités méthodologiques que les études précédemment mentionnées (c. à d. petit échantillon; absence de groupe témoin; partenaires recrutés uniquement de sexe féminin; partenaires de joueurs en traitement ou membres des Gamblers Anonymes).

Enfin, plusieurs aspects de la dynamique conjugale des couples aux prises avec un problème de jeu semblent être affectés (p. ex. ajustement dyadique, communication, satisfaction, augmentation du nombre de conflits; Bertrand et al., 2008). Parford (2009) mentionne que c'est la perte de confiance envers le joueur qui semble occasionner davantage de détresse chez le partenaire. Lorenz et Yaffee (1988) suggère qu'environ 50 % des conjointes de joueurs souhaitent reconstruire une bonne relation conjugale et apprendre à mieux gérer les conflits. D'un autre côté, l'étude d'Hodgins et ses collègues (2007) souligne qu'une faible satisfaction de la relation est associée à une plus grande détresse chez les personnes significatives pour le joueur (groupe constitué en majorité par des conjoints). Ce sont les individus cohabitant avec le JPP qui ont vécu une plus grande détresse. Étant donné la diversité du rôle des participants recrutés dans cette étude (p. ex. conjoint, enfant, frère/sœur), il est difficile d'établir le lien entre la satisfaction conjugale et la détresse des partenaires. Donc, une étude portant uniquement sur les conjoints et investiguant une composante spécifique de la dynamique conjugale telle que l'ajustement dyadique, pourrait permettre de mieux comprendre l'influence de la relation conjugale sur la détresse psychologique des partenaires.

1.2.3 Corrélats de la symptomatologie dépressive chez la population générale

Il s'avère utile de s'appuyer sur une documentation scientifique plus solide pour choisir des corrélats pertinents à la symptomatologie dépressive pour plusieurs raisons : la documentation scientifique sur les corrélats associés aux symptômes dépressifs des JPP et de leurs partenaires est peu étoffée, les études recensées présentent des lacunes méthodologiques importantes, leurs résultats ont été très peu souvent reproduits et les auteurs offrent peu d'explications pour mieux comprendre leurs interactions. Alors, la pertinence du choix de chacun des corrélats soulignés plus haut sera brièvement mentionnée et sera appuyée par la documentation scientifique des facteurs associés à la dépression dans la population générale. Ces études pallient aux nombreuses limites des recherches sur les JPP et leurs partenaires.

Tout d'abord, certaines caractéristiques sociodémographiques telles qu'être une femme, être plus jeune, être sans emploi et avoir un faible revenu annuel sont des facteurs de risque relatés par des études épidémiologiques canadiennes et américaines (Bottomley et al., 2010; Kessler et al., 2003; Patten et al., 2006; Patten & Juby, 2008). De plus, les difficultés financières sont un prédicteur robuste des symptômes dépressifs (Zimmerman & Katon, 2005). Aussi, la perception négative de la situation financière relativement à un groupe de pairs similaires (p. ex., groupe d'âge, profession) est significativement associée à des symptômes dépressifs (Demakakos, Nazroo, Breeze & Marmot, 2008; Eibner, Sturm & Gresenz, 2004). Ces différentes caractéristiques sociodémographiques sont liées à des vulnérabilités individuelles sur les plans biologique, psychologique et social qui augmentent le risque d'être atteint d'une dépression (Gotlib & Hammen, 2009).

Ensuite, la présence de troubles en comorbidité augmente le risque de présenter des symptômes dépressifs. Plus spécifiquement, les individus présentant un trouble de dépendance à une substance sont plus à risque de souffrir de dépression (Kessler et al., 2003). L'hypothèse la plus fréquemment citée dans les écrits scientifiques est celle de l'«automédication» des symptômes dépressifs. De plus, la consommation d'alcool excessive induirait des symptômes dépressifs secondaires en nuisant au fonctionnement social, à la vie professionnelle et à la santé physique. Ces conséquences négatives peuvent occasionner un

stress chronique qui rend les personnes souffrant de dépendance à l'alcool plus vulnérables à développer une dépression (Swendsen & Merikangas, 2000).

D'autre part, le trait d'anxiété a aussi été répertorié comme étant un facteur prédisposant à la dépression. Les individus ayant ce trait de personnalité présenteraient des réactions plus fortes aux stimuli négatifs, aux situations stressantes et aux menaces perçues. Ainsi, ils seraient plus enclins à vivre des émotions désagréables et une humeur dépressive (Gotlib & Hammen, 2009). Ils présenteraient plus fréquemment des pensées négatives puisqu'ils focaliseraient sur les éléments menaçants d'une situation. Ces aspects induiraient un sentiment d'impuissance et de désespoir par rapport aux événements rencontrés. Leur motivation envers certains domaines d'intérêt pourrait ensuite être réduite et des comportements d'évitement seraient davantage employés (p. ex. isolement social). C'est alors que les symptômes dépressifs deviendraient plus envahissants (Sandi & Richter-Levin, 2010).

Dans un autre ordre d'idée, des chercheurs ont étudié la relation entre les habiletés de résolution de problèmes et la symptomatologie dépressive. Les personnes qui sont déprimées percevraient plus négativement leurs habiletés à résoudre efficacement les problèmes. Ils auraient tendance à se sentir impuissants puisqu'ils ne perçoivent pas avoir de contrôle sur les situations rencontrées. De plus, ils ressentiraient davantage de désespoir face aux problèmes. Ils seraient alors plus enclins à utiliser des stratégies passives ou d'évitement telles que s'isoler, remettre à plus tard les tâches à faire ou s'en remettre aux autres pour trouver des solutions. Ces aspects contribueraient à accroître le stress perçu par l'individu et augmenteraient le risque de développer un trouble psychologique tel que la dépression (Nezu, 2004). Enfin, les thérapies basées sur la résolution de problèmes qui contribuent à ce que l'individu adopte une orientation plus adéquate et emploie des stratégies adaptatives pour résoudre les problèmes sont reconnues comme étant efficaces pour traiter la dépression (Bell & D'Zurilla, 2009; Cuijpers, van Straten & Warmerdam, 2007).

Par ailleurs, plusieurs recherches ont souligné un lien entre la détresse conjugale et la dépression. La relation serait bidirectionnelle car les problèmes conjugaux peuvent

occasionner des symptômes dépressifs. Une faible satisfaction conjugale semble contribuer à la fluctuation de la symptomatologie dépressive autant chez l'homme que chez la femme (Whisman, 2001). L'étude de Bottomley et ses collègues (2010) révèle que les conjoints insatisfaits de leur vie conjugale sont trois fois plus à risque de présenter des symptômes dépressifs comparativement aux conjoints satisfaits. La détresse conjugale serait associée à la perception que le soutien social du conjoint est insuffisant. Cette conception induirait un stress intense qui augmenterait le risque de souffrir de dépression. Inversement, la dépression pourrait contribuer à augmenter les difficultés dans la relation de couple (Fincham & Beach, 1999). Les pensées négatives exprimées par les personnes souffrant de dépression pourraient devenir aversive pour le conjoint. Cela pourrait contribuer à affecter négativement leur façon de communiquer, à augmenter les conflits et à faire en sorte que le couple utilise des stratégies de résolution de problèmes et de conflits moins efficaces (Mead, 2002). Donc, la détresse conjugale et la dépression s'influenceraient mutuellement.

Enfin, plusieurs autres facteurs prévisionnels saillants sont relatés dans la documentation scientifique. Une discussion complète de ces derniers dépasse la portée de la présente thèse. Le lecteur intéressé pourra consulter les recensions de Bottomley et al., 2010; Dobson & Dozois, 2008; Patten et al., 2010). En bref, les facteurs biologiques, génétiques et neurochimiques semblent avoir un rôle à jouer dans la dépression. De plus, plusieurs aspects cognitifs tels que les schémas et les croyances influencent le développement et le maintien des symptômes dépressifs. Les facultés cognitives telles que la mémoire et l'attention semblent aussi présenter une influence. Finalement, les facteurs sociaux tels que l'attachement, les événements de vie stressants, les relations interpersonnelles, le soutien social et les comportements d'évitement présentent des appuis empiriques en tant que facteurs prévisionnels de la dépression dans la population générale. Quoique pertinents ces derniers n'ont pas été considérés dans le présent programme de recherche puisque les hypothèses ont été formulées à posteriori et que les ressources étaient restreintes.

Pour conclure, les corrélats de la dépression retrouvés dans la population générale sont basés sur une documentation scientifique étoffée (Dobson & Dozois, 2008). Il serait intéressant et pertinent d'évaluer différents facteurs prévisionnels de la symptomatologie

dépressive chez une population plus à risque telle que les JPP et leurs partenaires. D'abord, les variables sociodémographiques et la sévérité d'un trouble psychologique concomitants (p. ex. le jeu PP) sont des facteurs prédisposant à la dépression. Ensuite, des facteurs qui influencent le style cognitif de l'individu tels que le trait d'anxiété méritent d'être plus amplement étudiés. De plus, des variables sur le plan social telles que l'ajustement dyadique et les corrélats en lien avec les stratégies d'adaptation telles que la dépendance à l'alcool et les habiletés de résolution de problèmes sont des variables pouvant contribuer à prédire la sévérité de la dépression des JPP et de leurs conjoints. Il serait intéressant que les prochaines études sur le sujet soient dotées d'un groupe témoin afin de déceler les corrélats qui semblent spécifiques aux couples JPP.

1.3 Objectifs et hypothèses de recherche

La présente thèse vise 1) à corroborer les données empiriques obtenues concernant la sévérité de la symptomatologie dépressive des JPP et de leurs partenaires et 2) à étudier les corrélats qui y sont associés. De façon plus spécifique, la présente étude tente d'observer s'il y a une différence quant à la sévérité des symptômes dépressifs entre les couples de JPP et les couples de joueurs non problématiques (JNP). Elle vise à préciser les corrélats spécifiques associés à la sévérité de la symptomatologie dépressive des couples de JPP et de JNP. La sélection des corrélats provient de quelques études portant sur les symptômes dépressifs des joueurs et de leurs partenaires ainsi que sur les corrélats de la dépression que l'on retrouve dans la population générale.

1.3.1 Hypothèse 1

Considérant les résultats des études scientifiques sur la symptomatologie dépressive des JPP et de leurs partenaires, l'hypothèse suivante a été formulée : la symptomatologie dépressive des couples JPP sera significativement plus sévère que celle des couples JNP.

1.3.2 Hypothèse 2

Être une femme, être plus jeune, avoir un revenu annuel moyen faible, une perception négative de la situation financière et être sans emploi seront des corrélats significatifs de la symptomatologie dépressive des couples JPP. Également, un score élevé au South Oaks Gambling Screen (SOGS) présenté par le joueur, le statut clinique de joueur pathologique, la présence du trait d'anxiété, la dépendance à l'alcool, un faible ajustement dyadique et des habiletés de résolution de problèmes peu efficaces représenteront des facteurs associés à la symptomatologie dépressive du groupe JPP. Enfin, le groupe de corrélats significatifs diffèrera de celui trouvé chez les couples JNP.

Voici comment sera divisée la présente thèse : le chapitre I comporte une introduction générale sur l'état des connaissances dans le domaine du jeu problématique/pathologique et des corrélats de la sévérité de la symptomatologie dépressive des joueurs et de leurs partenaires. Le chapitre II comprend un article empirique sur les corrélats de la sévérité de la symptomatologie dépressive des joueurs et le chapitre III contient les résultats d'un article scientifique sur les facteurs associés aux symptômes dépressifs des partenaires de JPP. Enfin, le chapitre IV présente une discussion générale sur les résultats obtenus ainsi que leurs interprétations. Les lacunes méthodologiques de la présente étude seront soulignées et arrimées à des pistes de recherches futures. Pour conclure, les contributions sur les plans théorique, méthodologique et clinique seront soulignées.

CHAPITRE II

PREMIER ARTICLE

L'article présenté dans ce chapitre «Correlates of Depressive Symptom Severity in Problem and Pathological Gamblers in Couple Relationships» sera publié dans le Journal of Gambling Studies. Il est présentement accessible en ligne sur le site Internet du journal depuis le 13 novembre 2012.

Correlates of Depressive Symptom Severity in Problem and Pathological Gamblers in Couple Relationships

Alisson Poirier-Arbour, Gilles Trudel, Richard Boyer, Pascale Harvey & Maria Rocio Goldfarb

Poirier-Arbour, A., Trudel, G. (✉), Harvey, P., Goldfarb, M. R.

Department of psychology, University of Quebec in Montreal, C.P. 8888, succursale Centre-ville, Montreal (Quebec), H3C 3P8.

E-mail: trudel.gilles@uqam.ca; Phone number: 514-987-3000, ext. 4847;
Fax number: (514) 987-7953

Boyer, R. Fernand-Seguin research centre, Louis-H. Lafontaine Hospital, 7401, Hochelaga Street, Montreal (Quebec), H1N 3M5, University of Montreal.

Résumé

Les joueurs problématiques et pathologiques (JPP) présentent fréquemment des symptômes dépressifs. Le jeu pathologique occasionne des conséquences sur plusieurs plans de la vie des joueurs particulièrement au niveau de leurs relations conjugales et familiales. Les objectifs de la présente étude sont 1) de corroborer les données empiriques sur la sévérité de la symptomatologie dépressive des JPP comparativement aux joueurs non problématiques (JNP) et 2) d'étudier les corrélats spécifiques associés à la sévérité des symptômes dépressifs des JPP qui sont en couple. Les variables qui ont été sélectionnées sont des corrélats significatifs de la dépression retrouvés dans la population générale. L'hypothèse suivante a été formulée : le sexe, l'âge, le revenu annuel du JPP, la perception de la situation financière, le statut d'emploi, le statut clinique (c.-à-d. joueur problématique ou pathologique versus joueur non problématique), le trait d'anxiété, la dépendance à l'alcool, les habiletés de résolution de problèmes et l'ajustement dyadique seront des corrélats significatifs des symptômes dépressifs. Soixante-sept JPP ont été recrutés en majorité dans un centre de traitement des dépendances. Quarante JNP ont été recrutés pour la plupart à l'aide de différents médias. Les résultats révèlent que les JPP présentent des symptômes dépressifs plus importants que les JNP. De plus, la présence d'un trait d'anxiété et d'un faible ajustement dyadique sont des corrélats significatifs et spécifiques de la sévérité des symptômes dépressifs des JPP. Ces résultats contribuent à étayer la documentation scientifique de la symptomatologie dépressive des JPP en couple et soulignent l'impact important de la relation conjugale.

Abstract

Problem and pathological gamblers (PPG) often suffer from depressive symptoms. Gambling problems have negative consequences on multiple aspects of gamblers' lives, including family and marital relationships. The objectives of the current study were to 1) replicate the results of studies that have suggested a stronger and more significant relationship between gambling and depression in PPG than in non-problem gamblers (NPG) and 2) explore specific correlates of depressive symptom severity in PPG in couple relationships. Variables demonstrated to be significantly correlated with depressive symptoms in the general population were selected. It was hypothesized that gender, age, gambler's mean annual income, perceived poverty, employment status, clinical status (i.e., problem or pathological gambler versus non-problem gambler), trait anxiety, alcoholism, problem-solving skills, and dyadic adjustment would be significant predictors of depressive symptoms. Sixty-seven PPG were recruited, primarily from an addiction treatment center; 40 NPG were recruited, primarily through the media. Results revealed that PPG reported significantly greater depressive symptoms than did NPG. Further, elevated trait anxiety and poor dyadic adjustment were demonstrated to be significant and specific correlates of depressive symptom severity in PPG. These findings contribute to the literature on depressive symptomatology in PPG in relationships, and highlight the importance of the influence of the couple relationship on PPG.

Introduction

Pathological gamblers are often diagnosed with comorbid disorders; in particular, substance use, personality, anxiety, and mood disorders are common (Petry, 2005; Petry, Stinson & Grant, 2005; Kessler et al., 2008). Depressive symptoms in problem and pathological gamblers (PPG) are often reported in the scientific literature (el-Guebaly et al., 2006; Kerber, Black & Buckwalter, 2008); in fact, two epidemiological studies found that 38.6% to 50.2% of pathological gamblers suffer from depressive symptoms (Kessler et al., 2008; Petry, Stinson & Grant, 2005). Although some studies found that PPG were not significantly more depressed than were non-problem gamblers (Winslow, 2001; Zimmerman, Chelminski & Young, 2006), the results of the latter studies must be interpreted with caution because of the small sample sizes of depressed problem gamblers. Moreover, in addition to the dearth of literature about the relationship between depression and PPG, many of the studies in this area have significant methodological issues (e.g., small samples, non-validated instruments). Finally, to our knowledge, no studies to date have assessed correlates of depressive symptom severity in PPG in couple relationships. Symptom severity is of clinical significance because depressive symptoms tend to interfere with treatment efficacy, increase the severity of problem gambling, and worsen prognosis (Thomsen, Callesen, Linnet, Kringelbach & Moller, 2009). In the next section, factors associated with depressive symptoms in PPG are discussed.

Correlates of depressive symptoms in problem and pathological gamblers (PPG)

Where sociodemographic factors are concerned, research suggests that PPG who are female and younger are more prone to depressive symptoms (Boughton & Falenchuk, 2007; Desai & Potenza, 2008). Financial strain is the factor that is the most strongly related to depressive symptoms in pathological gamblers (Grant, Schreiber, Odlaug & Kim, 2010). Some researchers (e.g., Clarke, 2006; Desai & Potenza, 2008, 2009; el-Guebaly et al., 2006; Grant et

al., 2009; Thomsen et al., 2009) report a positive correlation between severity of depressed mood and severity of problem gambling. In contrast, Cunningham-Williams and colleagues (2000) found that PPG were not significantly more depressed than were recreational gamblers. However, the result of the latter study must be interpreted with caution because all of the participants (i.e., both PPG and recreational gamblers) were drug users, a factor that could have reduced the between-group variance in depressive symptoms. Further studies found that PPG with major depression were three times more likely to present a comorbid alcohol use disorder (Kennedy et al., 2010). Finally, PPG demonstrate elevated levels of anxiety (Kennedy et al., 2010), with some studies finding a relationship between trait anxiety and pathological gambling (Elman, Tschibely & Borsook, 2010; Rodda, Brown & Phillip, 2004). There exists very little literature on coping strategies used by depressive gamblers. The results of the few studies that have been conducted indicate that some gamblers may use inefficient coping strategies to alleviate or to avoid negative emotions (including symptoms of depression); results also indicate that, in pathological gamblers, inadequate coping strategies are correlated with greater depressive symptom severity (Blaszczynski & Nower, 2002; Getty, Watson & Frisch, 2000). Finally, there is a significant link between problem and pathological gambling and marital problems; gambling seems to increase conflict, communication problems, and negative emotions such as guilt and anger (Bertrand, Dufour, Wright & Lasnier, 2008; McComb, Lee & Sprenkle, 2009). Not surprisingly, an elevated rate of separation or divorce is observed in this population (Abbott, Cramer & Sherrets, 1995). To our knowledge, no study to date has investigated marital distress as a potential correlate of depressive symptoms in PPG in couple relationships. Currently, the clinical comprehension of problem and pathological gambling is limited to individuals and fails to consider the complex interaction between PPG and the social environment; studying the relationship between marital distress and depressive symptoms in this population would provide greater depth to the conceptualization of PPG. Given the scant scientific literature on depressive symptomatology in

PPG, variables that have been demonstrated to be significantly correlated with depressive symptoms in the general population have been selected for the present study. The selected variables are briefly discussed below.

Correlates of major depression in the general population

More and more research is being conducted on psychological disorders that are comorbid with depression; many studies have found a significant relationship between depression and sociodemographic characteristics such as gender, age, socioeconomic status, and employment status (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault & Fiset-Laniel, 2008; Kessler et al., 2003; Nguyen, Fournier, Bergeron, Roberge & Barrette, 2005; Patten, Wang, Beck & Maxwell, 2005). Research evidence also suggests (Eibner, Sturm & Roan Gresenz, 2004) that depressive symptoms are related to the gambler's perceived poverty relative to his reference group (i.e., individuals in the same sociodemographic group). Kessler and colleagues (2003) found that addictions (e.g., alcoholism) and anxiety disorders were the disorders most commonly observed in comorbidity with depression. Trait anxiety appears to be a predisposing factor for depression; anxiety also influences the course of depressive symptomatology (Gotlib & Hammen, 2009). In addition, negative problem orientation and ineffective problem-solving are linked with depression (Nezu, 2004). Finally, many studies have found a significant relationship between marital distress and depression. The relationship is bidirectional: relationship problems can trigger depressive symptoms, and depression can in turn increase relationship difficulties (Fincham & Beach, 1999).

Objectives and hypotheses

The objectives of the present study were:

1) To assess differences between PPG and non-problem gamblers (NPG) in depressive symptom severity, and 2) to explore potential correlates of depressive symptom severity specific to PPG in couple relationships. Since, to our knowledge, no study has examined correlates of depressive symptoms in this population, the second objective was exploratory in nature.

The overall goal of this study was to improve the conceptual comprehension of depressive symptoms in PPG in couple relationships. The results could have significant treatment implications; more specifically, they could improve screening of problem gamblers who are more prone to major depression and to suicide attempts. Further, the results could be used to personalize treatment of depressed PPG by focusing on factors determined to be associated with severe depressive symptoms. Personalized treatment could in turn improve treatment compliance and relapse prevention. It was hypothesized that PPG would present more severe depressive symptoms than would NPG. In addition, we hypothesized that the following variables would be significantly associated with depressive symptom severity in PPG: sociodemographic characteristics (i.e. gender, age, mean annual income, perceived poverty, and employment status), clinical status (i.e., problem or pathological gambler), trait anxiety, alcoholism, poor problem-solving skills, and poor marital adjustment. These correlates were specifically hypothesized to be relevant for PPG and not for NPG.

Method

Participants

A total of 124 couples (84 PPG and 40 NPG) participated in this study. Inclusion criteria for all couples were as follows: at least 18 years old, a good understanding of French, in a heterosexual relationship for more than one year, and living together or seeing each other more

than three times per week. The sample was composed of couples in relationships, but who were not legally married (i.e., legal marital status was single). Couples who had separated in the past year due to gambling problems were also eligible. To be included in the PPG group, at least one spouse had to score three or higher on the South Oaks Gambling Screen (SOGS). In accordance with Cox, Enns, and Michauds (2004), a score of three or more on the Diagnostic Interview for Pathological Gambling was the threshold for being considered a problem or pathological gambler. This decision was made *a posteriori* in order to reduce the proportion of potentially false positive PPG identified on the basis of the SOGS classification. This criterion excluded fourteen couples from the analyses reported here. Problem and pathological gamblers were both assigned to the PPG group on the basis of shared characteristics such as “chasing losses,” gambling to escape problems and relieve dysphoric mood, and adverse consequences related to gambling (Toce-Gerstein & Volberg, 2003). Other studies have found that PPG differ from recreational gamblers (Afifi, Cox, Martens, Sareen & Enns, 2010; Cox, Enns & Michaud, 2004). Three other couples were excluded due to missing data (at least 20% of missing data from one questionnaire) and the final sample was composed of 107 couples, 67 PPG and 40 NPG. NPG were recruited primarily via newspaper articles, magazine ads, and pamphlets seeking participants for a study on couple relationships. The majority of the participants in the PPG group were recruited from newspaper articles or magazines, and from a local addiction treatment center. A research assistant described the goals of the study to groups of PPG prior to their initiation to the center; gamblers and spouses interested in participating gave their phone number to one of the center’s professionals, who subsequently contacted the research team. Older gamblers (55 years and older) represented 38.8% of the PPG group. A large proportion of participants in the PPG group were recruited through advertising on the Internet, through various addiction centers, and from lists of participants in prior gambling studies. The participants in the PPG group ranged in age from 30 to 75 years; participants in the NPG group ranged from 22 to 69 years old. In the NPG group, the

partner with the highest score on the SOGS (i.e. 1 or 2) was chosen as the non-problem gambler. However, in 36 of the 40 NPG couples, both partners scored 0. For these couples only, we used a controlled randomization procedure to attribute NPG status to one partner, so as to match the gender ratio of gamblers to non-gamblers in the PPG group, a statistical procedure suggested by Satin & Shastry, 1993. The male to female ratio of non-problem gamblers and problem or pathological gamblers was therefore similar across the two groups (NPG = 72.5% men, PPG = 71.6% men). Sociodemographic characteristics are presented in Table 1.

Measures

Sociodemographic characteristics

Some sociodemographic characteristics and inclusion criteria were assessed with a 16-item telephone interview developed by the authors. Others were assessed using a 72-item semi-structured interview derived from the "Enquête Santé Québec" [Quebec Health Survey] (Quebec Ministry of Health and Social Services, 1992-93).

Gambling behavior

The South Oaks Gambling Screen (SOGS) is a 17-item questionnaire developed by Lesieur and Blume (1987) to detect gambling problems. It was adapted for use over the telephone (Volberg and Steadman, 1988) and translated into French (Ladouceur, Sylvain, Boutin & Doucet, 2000). In the present study, we used the time period of the past twelve months to evaluate gambling behavior. The SOGS questionnaire allows for identification of three groups: NPG, problem gamblers, and probable pathological gamblers. The SOGS has good predictive validity (Lesieur & Blume, 1987, 1993; Stinchfield, 2002) and a Cronbach's α reliability coefficient of .94.

To validate group assignment, we compared the diagnostic criteria section of the Diagnostic Interview for Pathological Gambling (American Psychiatric Association, 1994; Beaudoin & Cox, 1999; translated to French by Ladouceur, Sylvain, Boutin & Doucet, 2000) with the gambler's SOGS score. The Diagnostic Interview for Pathological Gambling is a semi-structured interview that assesses each DSM-IV criterion for pathological gambling, as well as medical and psychiatric history, and history of the gambling problem and its negative consequences. This instrument determines two clinical statuses: individuals who meet five or more criteria are categorized as pathological gamblers; participants who meet three or four criteria are identified as problem gamblers (Cox, Enns & Michaud, 2004). The psychometric properties of this interview are not known. However, the DSM-IV diagnostic criteria for Pathological Gambling demonstrated satisfactory reliability and predictive validity (Stinchfield, 2003).

Mental health

The Beck Depression Inventory, second edition (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996; translated into French by the same authors) is a 21-item scale that assesses depressive symptom severity, with higher scores indicating greater severity. This instrument has good predictive validity (Dozois, Dobson & Ahnberg, 1998) and strong internal consistency and test-retest reliability (Beck et al., 1996). In the present study, the BDI-II was found to be reliable (Cronbach's $\alpha = .93$).

The IPAT Anxiety Scale (IPAT-AS; Cattell & Sheier, 1957; translated and adapted for French-Canadians by Cormier, 1962) is a 40-item questionnaire that evaluates trait anxiety; higher scores indicate greater anxiety. The instrument has good convergent validity with the State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) and good test-retest reliability ranging from .82 to .93 in four different studies. Further, IPAT-AS scores are highly

correlated with BDI-II score (Krug, Scheier, Cattell, 1976). In the present study, the measure demonstrated acceptable internal consistency (Cronbach's $\alpha = .83$).

The Brief Michigan Alcoholism Screening Test (B-MAST; Pokorny, Miller & Kaplan, 1972) is a subtest composed of ten items from the Michigan Alcoholism Screening Test. The measure assesses alcohol dependence, with a score of six or higher indicating dependence. Three studies reported specificity for the B-MAST ranging from .77 to .99 (Mackenzie, Langa & Brown, 1996). In the present study, Cronbach's α was .86.

Marital life

The Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976; translated and adapted for French-Canadians by Baillargeon, Dubois & Marineau, 1986) is a 32-item instrument that measures perception of marital life. Higher scores indicate greater dyadic adjustment. The DAS has great construct validity and in the present study, internal consistency was good (Cronbach's $\alpha = .93$).

Problem-Solving Skills

The Problem-Solving Inventory (PSI; Heppner, & Petersen, 1982; translated and adapted for French-Canadians by Laporte, Sabourin & Wright, 1988) is 35-item questionnaire that assesses behaviors and attitudes associated with problem-solving. Lower scores indicate better problem-solving skills. The PSI has good test-retest reliability ($r = .81$). In the present study, Cronbach's α was .85.

Procedure

Participants were initially screened with a telephone interview. Individuals who did not meet the inclusion criteria for the study were referred to professional therapists as needed; suitable candidates were scheduled for a face-to-face appointment. The appointments involved the completion of a consent form, followed by a semi-structured interview conducted by a trained

research assistant. For participants who scored three or higher on the SOGS, the interviewer also completed the diagnostic criteria section of the Diagnostic Interview for Pathological Gambling. Participants further completed a questionnaire package including measures designed to evaluate marital relationship, sexuality, and physical health. Couples received \$50 CAD for their participation. In addition, all participants were offered the opportunity to participate in a relationship enrichment workshop led by two therapists with expertise in couple relationships.

Results

Preliminary analyses

ANOVA and chi-square tests were performed to compare sociodemographic characteristics between PPG and NPG. Statistically significant differences ($p < .05$) between PPG and NPG were observed for mean annual income and civil status. In order to meet the assumption of normality, a square root transformation was conducted on BDI-II score and on mean annual income in the PPG group. Further, IPAT scores were highly correlated with BDI-II scores ($r = .65$, $p < .01$). In order to evaluate whether or not the IPAT and the BDI-II measure psychometrically different constructs, a factorial analysis was performed. There were not enough participants to conduct a factorial analysis on the scores from the complete questionnaires, so we used ten randomly selected items from the BDI-II and ten from the IPAT (i.e. two items from each subscale) to conduct this analysis. The items were forced to load on two factors and were rotated to a varimax solution. Factor 1 was composed of all the BDI-II items and only one IPAT item (loading = .31). Factor 2 was composed of all of the other IPAT items. This result suggests that the two questionnaires measure different constructs.

Comparison of depressive symptom severity between PPG and NPG

An ANCOVA was used to compare depressive symptom severity between PPG and NPG. Mean annual income and perceived poverty were significantly correlated with BDI-II score ($r = -$

.25, $p < .05$ and .42, $p < .01$, respectively). We used these variables as covariates in order to control for differences between groups in sociodemographic characteristics. PPG had significantly greater depressive symptom severity ($M = 17.36$, $SD = 11.41$) than did NPG ($M = 6.25$, $SD = 5.95$), $F(1, 103) = 21.62$, $p < .001$. This result supports our first hypothesis.

Correlates of depressive symptom severity in PPG

Six variables correlated significantly ($p < .05$) with depressive symptoms: age, perceived poverty, trait anxiety, clinical status (i.e., problem or pathological gambler), problem-solving skills, and dyadic adjustment. A STEPWISE multiple regression analysis was performed with these variables in order to produce a model to help predict depressive symptom severity in PPG. PPG gender, mean annual income, employment status, SOGS score, and alcohol dependence were not correlated with depressive symptoms, and were therefore not included in the model. Correlation coefficients are presented in Table 2.

In the final model, trait anxiety and dyadic adjustment were significant predictors of depressive symptom severity in PPG, $F(2, 64) = 28.2$, $p < .001$. More specifically, stronger trait anxiety and lower dyadic adjustment predicted greater symptom severity, and these predictors accounted for 46.8% of the variance. Table 3 summarizes these results. In order to evaluate the specificity of the correlates of depressive symptom severity in PPG, we also investigated predictors of depressive symptoms in NPG. A STEPWISE multiple regression analysis was performed with the same predictors, with the exception of clinical status. Trait anxiety and problem-solving skills were significant correlates of depressive symptomatology, $F(2, 37) = 19.0$, $p < .001$, and these predictors accounted for 50.7 % of the variance. The correlation between dyadic adjustment and depressive symptom severity was statistically different between PPG and NPG ($Z = 2.97$, $p < .05$). This result suggests that the final models were specific to each group.

Discussion

The objectives of the present study were to improve understanding of the relationship between problem gambling and depressive symptoms, and to identify correlates of depressive symptom severity in PPG. First, it was hypothesized that PPG would have significantly more severe depressive symptoms than would NPG. This hypothesis was confirmed, a result that is consistent with prior research (Kessler et al., 2008; Petry et al., 2005; Thomsen et al., 2009). The present study is unique in that it is the first to assess correlates of depressive symptom severity in PPG in couple relationships. Of the potential correlates assessed, trait anxiety and dyadic adjustment were demonstrated to be significant predictors of depressive symptom severity. The relationship between stress and depression is well known (Liu & Alloy, 2010). While the role of depression and stress in substance use disorders has been well established, less research has been conducted on depression and stress in gambling disorders (Kim et al., 2006). It is possible that trait anxiety amplifies gamblers' stress reactions and creates a predisposition toward negative thoughts (Sandi & Richter-Levin, 2010). Gamblers may use alcohol or other substances to try to avoid negative feelings triggered by stressors such as debt, job loss, or interpersonal conflict, and may in turn develop an addiction or a related disorder (Chou & Afifi, 2011; Cohn et al., 2011). Trait anxiety may also maintain problem gambling (Rodda et al., 2004). Our results highlight the importance of assessing and addressing trait anxiety in treatment of depressive PPG.

Where dyadic adjustment is concerned, many studies have suggested a relationship between marital distress and both problem gambling and depressive symptoms (Bertrand et al., 2008; Hodgins, Shead & Makarchuk, 2007; Lorenz & Shuttlesworth, 1983; Lorenz & Yaffee, 1986, 1988, 1989; McComb et al., 2009; Petry, 2005). Gambling problems and their consequences create conflict and hostility in relationships, further impacting gamblers' wellbeing (Proulx, Helms & Buehler, 2007) and potentially triggering depressive symptoms (Beach & O'Leary, 1993). In our study, dyadic adjustment specifically predicted depressive

symptomatology in PPG and not in NPG. These results highlight the influence of the marital relationship on mood, and possibly the influence of the marital relationship on gambling habits in PPG. These findings suggest that it could be beneficial to integrate gamblers' spouses into treatment for PPG (Bertrand et al., 2008; Lee & Rovers, 2008).

Our hypothesis concerning predictors of depressive symptoms in PPG was not supported. First, the predictive relationship between perceived poverty and depressive symptoms remained below statistical significance ($p = .07$). Previous literature has found that financial strain is highly correlated with depressive symptoms (Zimmerman & Katon, 2005). PPG frequently face financial problems, and it is a common factor in suicide attempts in this population (Blaszczynski & Farrell, 1998). Second, gender and age were not significant predictors of depressive symptoms in PPG. These results are inconsistent with prior results that found that women, younger people, and unemployed people are more prone to depressive symptoms (Desai & Potenza, 2008; McCormick et al., 1984; Petry, Stinson & Grant, 2005). This inconsistent result may be attributable to the similarities in sociodemographic characteristics (except for mean annual income) and scores on gambling, depression, and trait anxiety questionnaires between the men and women in our sample. Similarity across genders in these variables was not observed in epidemiological studies that found stronger relationships between problem gambling and depression in women than in men (Desai & Potenza, 2008). Our inconsistent result may further be a function of our sample: we had a small proportion of female (28.4 %), young (13.4 % between 18 and 34 years) and unemployed gamblers (37.3 %), and our sample may have lacked the statistical power necessary to reach significance. These variables are important, and professionals who treat PPG should take them into account as possible influences on depressive symptoms. Third, the clinical status of the gambler (i.e., problem versus pathological gambler) was not a significant predictor of depressive symptoms. This finding is inconsistent with previous reports (el-Guebaly et al., 2006; Momper, Delva, Grogan-Kaylor, Sanchez & Volberg, 2010; Pietrzack et al., 2007; Thomsen et al., 2009).

One possible explanation is that intensity of depressive symptoms may fluctuate less once a certain threshold of gambling severity is reached. The lack of fluctuation may reduce the variance in gambling severity to the point that it no longer predicts depressive symptom severity. Finally, problem-solving skills did not significantly predict depressive symptoms in PPG. PSI scores were highly correlated with scores on the trait anxiety scale, suggesting that variance in depressive symptoms that could have been explained by problem-solving skills was already explained by trait anxiety. Nonetheless, addressing coping strategies and problem-solving skills constitutes an important component of treatment for both problem gambling and major depression (Ladouceur & Lachance, 2008). Therapists must not overlook deficits in problem-solving skills in depressive PPG.

This study is the first to assess several important correlates of depressive symptom severity in PPG in couple relationships. The major strengths of this study include the use of a control group and the use of valid instruments. The results of the current study are limited by the study's correlational design and by the use of self-report questionnaires, limitations that prevent us from making conclusions about the role of depression in problem gambling. A longitudinal study using a diagnostic interview such as the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (First, 1997) would further contribute to our understanding of the relationship between the variables explored here. Another limitation to the present study is that participants were initially recruited for a larger study evaluating various aspects of marital life for PPG, and some variables known to be highly related to depression (e.g., personality disorders, cognitive distortions; Beck, 2011) were therefore not included. Future studies may wish to explore factors that protect from depression in problem and pathological gambling. Finally, the use of a control group of PPG not in relationships would allow evaluation of the role of marital issues in depressive symptom severity in PPG.

Nonetheless, the present study contributes to the clinical comprehension of depressive symptoms in PPG in couple relationships. Further studies are warranted to help therapists improve their conceptualization of comorbid disorders in PPG, and to improve prevention and treatment of depression in PPG.

References

- Abbott, D. A., Cramer, S. L., & Sherrets, S. D. (1995). Pathological gambling and the family: Practice implications. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 76, 213-218.
- Afifi, T. O., Cox, B. J., Martens, P. J., Sareen, J., & Enns, M. W. (2010). Demographic and social variables associated with problem gambling among men and women in Canada. *Psychiatry Research*, 178, 395-400.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 18, 25-34.
- Beach, S. R. H., & O'Leary, D. (1993). Marital discord and dysphoria: For whom does the marital relationship predict depressive symptomatology? *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, 405-420.
- Beaudoin, C. M., & Cox, B. J. (1999). Characteristics of problem gambling in a Canadian context: A preliminary study using a DSM-IV-Based questionnaire. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 483-487.
- Beck, J. S., (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd Ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory (2nd-Ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bertrand, K., Dufour, M., Wright, J., & Lasnier, B. (2008). Adapted couple therapy (ACT) for pathological gamblers: A promising avenue. *Journal of Gambling Studies*, 24, 393-409.

- Blaszczynski, A., & Farrell, E. (1998). A case of 44 completed gambling-related suicides. *Journal of Gambling Studies, 14*, 93-109.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction, 97*, 487-499.
- Boughton, R., & Falenchuk, O. (2007). Vulnerability and comorbidity factors of female problem gambling. *Journal of Gambling Studies, 23*, 323-334.
- Cattell, R. B., & Sheier, I. H. (1957). Handbook for the IPAT anxiety scale. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Chou, K. L., & Afifi, T. O. (2011). Disordered (pathologic or problem) gambling and axis I psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *American Journal of Epidemiology, 173*, 1289-1297.
- Clarke, D. (2006). Impulsivity as a mediator in the relationship between depression and problem gambling. *Personality and Individual Differences, 40*, 1-15.
- Cohn, A. M., Epstein, E. E., McCrady, B. S., Jensen, N., Hunter-Reel, K. E., Green, K. E. et al. (2011). Pretreatment clinical and risk correlates of substance use disorder patients with primary depression. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 72*, 151-157.
- Cormier, D. (1962). Manuel de l'échelle d'anxiété IPAT. Ottawa, Québec, Canada: Institut de Recherches Psychologiques.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Michaud, V. (2004). Comparisons between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-IV-Based Interview in a community survey. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*, 258-264.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton, W. M., Spitznagel, E., & Ben-Abdallah, A. (2000). Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use

- disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings. *Journal of Gambling Studies*, 16, 347-376.
- Desai, R. A., & Potenza, M. N. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 173-183.
- Dozois, D. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10, 83-89.
- Eibner, C., Sturm, R., & Roan Gresenz, C. (2004). Does Relative Deprivation Predict the Need for Mental Health Services? *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 7, 167-175.
- El-Guebaly, N., Patten, S. B., Currie, S., Williams, J. V. A., Beck, C. A., Maxwell, C. J., et al. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use and mood and anxiety disorders. *Journal of Gambling Studies*, 22, 275-287.
- Elman, I., Tschibely, E., & Borsook, D. (2010). Psychological stress and its relationship to gambling urges in individuals with pathological gambling. *The American Journal on Addictions*, 19, 332-339.
- Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (1999). Conflict in marriage: Implication for working with couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 47-77.
- First, M. B. (1997). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Getty, H. A., Watson, J., & Frisch, G. R. (2000). A comparison of depression and styles of coping in male and female GA members and controls. *Journal of Gambling Studies*, 16, 377-391.

- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (2009). *Handbook of depression*. (2nd ed.). New-York, NY : The Guilford Press.
- Grant, J. E., Desai, R. A., & Potenza, M. N. (2009). Relationship of nicotine dependence, subsyndromal and pathological gambling, and other psychiatric disorders: Data from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 334-343.
- Grant, J. E., Schreiber, L., Odlaug, B., & Kim, S. W. (2010). Pathologic gambling and bankruptcy. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 115-120.
- Heppner, P. P., & Petersen, C. H. (1982). The development and implication of a personal problem solving inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 66-75.
- Hodgins, D. C., Shead, N. W., & Makarchuk, K. (2007). Relationship satisfaction and psychological distress among concerned significant others of pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 65-71.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec, Québec, Canada : Institut de la statistique du Québec.
- Kennedy, S. H., Welsh, B. R., Fulton, K., Soczynska, J. K., McIntyre, R. S., O'Donovan, C., et al. (2010). Frequency and correlates of gambling problems in outpatients with major depressive disorder and bipolar disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 568-576.
- Kerber, C. S., Black, D. W., & Buckwalter, K. (2008). Comorbid psychiatric disorders among older adult recovering pathological gamblers. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 1018-1028.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003).

The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Journal of American Medical Association*, 289, 3095-3105.

Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., et al.

(2008). DSM-IV pathological gambling in the national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*, 38, 1351-1360.

Kim, S. W., Grant, J. E., Eckert, E. D., Faris, P. L., & Hartman, B. K. (2006). Pathological

gambling and mood disorders: Clinical associations and treatment implications. *Journal of Affective Disorders*, 92, 109-116.

Krug, T., Scheier, I. H., & Cattell, R. B. (1976). *Handbook for the IPAT Anxiety Scale*. Los

Angeles, CA : Western Psychological Services.

Ladouceur, R., & Lachance, S. (2008). *Overcoming pathological gambling: Therapist guide*.

New-York, NY: Oxford University Press.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin C., & Doucet C. (2000). Le jeu excessif: Comprendre et

vaincre le gambling. Montréal, Québec, Canada: Les Éditions de l'Homme.

Laporte, L., Sabourin, S., & Wright, J. (1988). L'inventaire de résolution de problèmes

personnels: Une perspective métacognitive. *International Journal of Psychology*, 23, 569-581.

Lee, B. K., & Rovers, M. (2008). Bringing torn lives together again: Effects of the first

congruence couple therapy training application to clients in pathological gambling. *International Gambling Studies*, 8, 113-129.

Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks gambling screen (SOGS): A new

instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.

- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1993). Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive substance use disorders. *Journal of Addictive Diseases, 12*, 89-102.
- Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review, 30*, 582-593.
- Lorenz, V. C., & Shuttlesworth, D. E. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology, 11*, 67-76.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1986). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler. *Journal of Gambling Behavior, 2*, 40-49.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior, 4*, 13-26.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1989). Pathological gamblers and their spouses: Problems in interaction. *Journal of Gambling Behavior, 5*, 113-125.
- Mackenzie, D. M., Langa A., & Brown, T. M. (1996). Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: A comparison of AUDIT, CAGE and Brief MAST. *Alcohol & Alcoholism, 31*, 591-599.
- McComb, J. L., Lee, B. K., & Sprenkle, D. H. (2009). Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*, 415-531.
- McCormick, R. A., Russo, A. M., Ramirez, L. F., & Taber, J. I. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry, 141*, 215-218.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux Santé Québec. (1992-1993). *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1992-1993, Tome 1-2*. Montréal, Québec, Canada : Publications du Québec.

- Momper, S. L., Delva, J., Grogan-Kaylor, A., Sanchez, N., & Volberg, R. A. (2010). The association of at-risk, problem, and pathological gambling with substance use, depression, and arrest history. *Journal of Gambling Issues*, 24, 7-32.
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35, 1-33.
- Nguyen, C. T., Fournier, L., Bergeron, L., Roberge, P., & Barrette, G. (2005). Correlates of depressive and anxiety disorders among young Canadians. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 620-628.
- Patten, S. B., Wang, J. L., Beck, C. A., & Maxwell, C. J. (2005). Measurement issues related to the evaluation and monitoring of major depression prevalence in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 26, 100-106.
- Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 564-574.
- Pietrzak, R. H., Morasco, B. J., Blanco, C., Grant, B. F., & Petry, N. M. (2007). Gambling level and psychiatric and medical disorders in older adults: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 301-313.
- Pokorny, A. D., Miller, B. A., & Kaplan, H. B. (1972). The Brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *American Journal of Psychiatry*, 129, 342-345.

- Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69, 576–593.
- Rodda, S., Brown, S. L., & Phillip, J. G. (2004). The relationship between anxiety, smoking, and gambling in electronic gaming machine players. *Journal of Gambling Studies*, 20, 71–81.
- Sandi, C., & Richter-Levin, G. (2010). From high anxiety trait to depression: a neurocognitive hypothesis. *Trends in neurosciences*, 32, 312–320.
- Satin, A., & Shastry, W. *L'échantillonnage: un guide non mathématique*. Ottawa, Ontario, Canada: Statistique Canada.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15–28.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stinchfield, R. (2003). Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 160, 180–182.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors* 27, 1–19.
- Thomsen, K. R., Callesen, M. B., Linnet, J., Kringelbach, M. L., & Moller, A. (2009). Severity of gambling is associated with severity of depressive symptoms in pathological gamblers. *Behavioural Pharmacology*, 20, 527–536.
- Toce-Gerstein, M., Gerstein, D. R., & Volberg, R. A. (2003). A hierarchy of gambling disorders in the community. *Addiction*, 98, 1661–1672.

- Volberg, R. A., & Steadman, H. J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145, 502-505.
- Winslow, L. H. (2001). The relationship of gambling on depression, perceived social support and life satisfaction in an elderly sample. *Dissertation Abstracts International*, 62 (10), 4770. (UMI: 3028846).
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, Y. (2006). Prevalence and diagnostic correlates of DSM-IV pathological gambling in psychiatric outpatients. *Journal of Gambling Studies*, 22, 255-262.
- Zimmerman, F. J., & Katon, W. (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income depression relationship? *Health Economics*, 14, 1197-1215.

Table 1. PPG and NPG sociodemographic characteristics

	PPG	NPG
	<i>n</i> = 67	<i>n</i> = 40
Characteristics	(%)	(%)
Male	71.6	72.5
Age (years)		
18 – 54	62.7	52.5
55 +	37.3	47.5
Education		
Did not graduate high school	31.3	15.0
High school graduate	68.7	85.0
Gambler's annual income (\$ CAD) *		
0 – 19,999	38.8	30.0
20,000 – 34,999	23.9	17.5
35,000 – 49,999	22.4	17.5
50,000 +	14.9	35.0
Unemployed	37.3	40.0
Civil status *		
Married	43.3	47.5
Common-law	46.3	22.5
Separated but still legally married	1.5	0.0
Single (not legally married)	9.0	30.0
Duration of relationship (years)		
1 – 19	67.2	60.0
20 +	32.8	40.0
DSM-IV Score		
3 – 4	19.4	N/A
≥ 5	80.6	

* $p < .05$.

Table 2. Correlations between potential predictors and depressive symptom severity in PPG

Predictors	Depressive symptom severity
Trait anxiety	.65**
Dyadic adjustment	-.45**
Clinical status	.35**
Perceived poverty	.34**
Age	-.31*
Problem-solving skills	.27*

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Table 3. Summary of multiple regression for correlates of depressive symptom severity in PPG

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>
Trait anxiety	.08	.01	.56	5.70**
Dyadic adjustment	-.02	.01	-.23	-2.35*

* $p < .05$. ** $p < .01$.

CHAPITRE III

DEUXIÈME ARTICLE

L'article présenté dans ce chapitre intitulé «Les corrélats de la symptomatologie dépressive des partenaires de joueur problématique et pathologique» a été accepté pour publication sous conditions de corrections mineures par le Journal of Gambling Issues, le 27 septembre 2012.

Titre courant : SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE DES PARTENAIRES

Les corrélats de la symptomatologie dépressive des partenaires de joueur problématique
et pathologique

Alisson Poirier-Arbour¹, Gilles Trudel¹, Richard Boyer² & Pascale Harvey¹

¹ Université du Québec à Montréal

² Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Résumé

Les partenaires de joueur problématique et pathologique (PJPP) peuvent présenter des symptômes anxieux et dépressifs importants. La présente étude vise deux objectifs : comparer la symptomatologie dépressive des PJPP à celle de partenaires de joueur non-problématique (PJNP) et investiguer des corrélats de la symptomatologie dépressive spécifiques aux PJPP. Quarante PJNP et 67 PJPP ont été recrutés en majeure partie par le biais de médias et d'un centre de traitement des dépendances et du jeu pathologique (PJPP seulement). Les résultats montrent que les PJPP ont davantage de symptômes dépressifs que les PJNP. Ensuite, la présence d'un trait d'anxiété, d'un ajustement dyadique et d'un revenu annuel moyen faibles chez les PJPP sont des corrélats prédisant de façon significative une symptomatologie dépressive plus sévère. Ces résultats permettent de mieux comprendre les symptômes dépressifs chez les PJPP et contribuent à guider les interventions psychologiques auprès de cette clientèle.

Mots-clés : Joueur problématique, joueur pathologique, partenaire, conjoint, couple, symptômes dépressifs

Introduction

Le jeu pathologique a un impact négatif sur les membres de l'entourage du joueur. Entre autres, les conjoints (es) sont les plus affectés par les conséquences négatives des problèmes de jeu (Hodgins, Shead & Makarchuk, 2007). Ils sont à haut risque d'éprouver une détresse psychologique importante qui se manifeste par des symptômes anxieux et dépressifs (Dickson-Swift, James & Kippen, 2005; Lorenz & Yaffee, 1988; 1989). Certains partenaires de joueur présentent aussi des idées suicidaires et font des tentatives de suicide (McComb, Lee & Sprenkle, 2009). Jusqu'à ce jour, la plupart des études qui se sont intéressées à la détresse psychologique des partenaires de joueurs problématiques et pathologiques (PJPP) n'ont pas investigué un trouble psychologique spécifique ou les corrélats de la sévérité des symptômes dépressifs. Il est pertinent de s'intéresser plus spécifiquement à la symptomatologie dépressive afin d'effectuer une meilleure prévention et maximiser l'efficacité des interventions auprès de cette clientèle. Ainsi, les partenaires pourraient apprendre à mieux gérer leurs symptômes dépressifs. Après coup, ils pourraient être davantage disposés à devenir des alliés importants dans le traitement du joueur. Des études soulignent que ce complément à la thérapie du jeu pathologique contribue à augmenter l'observance au traitement et à diminuer le risque de récurrence (Dickson-Swift, James & Kippen, 2005; Ingle, Marotta, McMillan & Wisdom, 2008; Johnson & Nora, 1992; Lee & Rovers, 2008). La présente étude s'attardera précisément aux corrélats de la symptomatologie dépressive des PJPP tout en palliant aux limites méthodologiques des recherches antérieures (i.e. études descriptives, petits échantillons, participants uniquement de sexe féminin). Les principaux facteurs associés aux symptômes dépressifs des PJPP seront signalés et

brièvement décrits. Puisque la documentation scientifique est peu étoffée sur ce sujet, des corrélats de la dépression répertoriés pour la population générale seront également discutés.

Facteurs associés à la symptomatologie dépressive des PJPP

Les PJPP vivent des stressseurs importants sur les plans financier, interpersonnel et psychologique (McComb, Lee & Sprenke, 2009). Une étude de Lorenz & Shuttlesworth (1983) rapporte que la quasi-totalité des partenaires éprouvent des problèmes financiers. Leur situation précaire peut affecter leur santé physique et psychologique (Dickson-Swift, James & Kippen, 2005). Par ailleurs, les couples peuvent vivre des problèmes conjugaux importants. Les conjoints présentent d'ailleurs un ajustement dyadique significativement plus faible que l'échantillon utilisé pour l'élaboration des normes du Dyadic Adjustment Scale (Dowling, Smith & Thomas, 2009). Selon Hodgins, Shead & Makarchuk (2007), une faible satisfaction conjugale est également corrélée avec une plus grande détresse psychologique chez les PJPP. D'autre part, face aux stressseurs liés au problème de jeu, plusieurs stratégies d'adaptation sont déployées par les conjoints. Cependant, ceux-ci perçoivent leurs stratégies de résolution de problèmes et de conflits comme étant peu efficaces (Patford, 2009). Certains adoptent des comportements d'évitement tels que s'isoler et consommer de l'alcool (Lorenz & Shuttlesworth, 1983). Cela peut précipiter ou maintenir les symptômes dépressifs (Gotlib & Hammen, 2009).

Puisque la présente étude investiguera spécifiquement les corrélats de la symptomatologie dépressive des PJPP et que la documentation scientifique est peu étoffée

sur le sujet, des facteurs habituellement associés aux symptômes dépressifs dans la population générale seront maintenant mentionnés.

Corrélat de la dépression dans la population générale

Tout d'abord, certaines caractéristiques sociodémographiques sont associées à la dépression. Entre autres, être une femme, avoir un plus jeune âge et être sans emploi augmentent le risque de souffrir de symptômes dépressifs (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault & Fiset-Laniel, 2008; Kessler et al., 2003). Un revenu financier plus faible ainsi que la présence de difficultés financières sont également des prédicteurs robustes de la dépression (Zimmerman & Katon, 2005). De plus, la symptomatologie dépressive semble liée à la perception relative d'un individu de sa précarité financière. Une personne peut ressentir des affects dépressifs lorsqu'elle évalue négativement sa situation économique par rapport à un groupe qui lui est similaire sur le plan sociodémographique (Eibner, Sturm & Roan Gresenz, 2004). Ensuite, certains aspects liés à la personnalité comme le trait d'anxiété semble être un facteur prédisposant à la dépression (Clark & Watson, 1991). Plusieurs études rapportent un lien entre les stratégies d'adaptation inefficaces et les symptômes dépressifs. Entre autres, un style de résolution de problèmes peu efficace (Nezu, 2004) et la consommation d'alcool sont liés à ce trouble psychologique (Gotlib & Hammen, 2009). Sur le plan interpersonnel, il semble que les membres de l'entourage d'une personne présentant un trouble psychologique soient plus à risque de souffrir d'une dépression majeure (Bottomley et al., 2010). Enfin, des études ont également souligné que la détresse psychologique et l'insatisfaction conjugale sont liées à la dépression (Fincham & Beach, 1999).

La symptomatologie dépressive des PJPP peut influencer négativement la dynamique conjugale, être un facteur de maintien du problème de jeu ou augmenter le risque de rechute

(Bertrand, Dufour, Wright & Lasnier, 2008; McComb, Lee & Sprenkle, 2009). Afin d'améliorer les interventions psychologiques auprès de cette clientèle, il est pertinent de cibler des facteurs qui sont associés aux symptômes dépressifs et qui sont spécifiques aux PJPP.

Objectifs et hypothèses de recherche

Cette étude comporte deux objectifs. Le premier consiste à comparer la sévérité des symptômes dépressifs des PJPP et des joueurs non-problématiques (PJNP). Puisqu'aucune autre étude à la connaissance des auteurs n'a investigué les corrélats des symptômes dépressifs dans cette population, un deuxième objectif de nature exploratoire consiste à étudier des corrélats de la sévérité des symptômes dépressifs des PJPP. Les corrélats choisis sont basés sur une sélection de facteurs associés à la dépression dans la population générale. Deux hypothèses ont été formulées : 1) les PJPP présentent significativement plus de symptômes dépressifs que les PJNP, 2) les PJPP de sexe féminin, plus jeune, ayant un revenu moyen faible, une perception négative de leur situation financière et qui sont sans emploi présentent une symptomatologie dépressive plus sévère. Également, le score au SOGS et le statut clinique du joueur (i.e. joueur problématique ou pathologique), le trait d'anxiété, l'alcoolisme, l'ajustement dyadique et les habiletés de résolution de problèmes des PJPP représentent des facteurs associés à la symptomatologie dépressive. Ces principaux corrélats sont spécifiques à la symptomatologie dépressive des PJPP puisqu'ils sont différents des prédicteurs obtenus chez les PJNP.

Méthodologie

Participants

Les couples ont été recrutés dans le cadre d'une plus vaste recherche qui étudiait la dynamique conjugale des JPP. Un total de 124 couples a été recruté (84 PJPP, 40 PJNP; pour de plus amples détails voir l'organigramme de la sélection des participants). Les critères d'inclusion des couples acceptés ont été les suivants: être âgé de 18 ans et plus, être en relation de couple d'orientation hétérosexuelle pendant plus d'un an, vivre ensemble ou se fréquenter au moins trois fois par semaine et avoir une bonne compréhension du français. Les couples séparés mais légalement mariés dont la rupture est liée au problème de jeu ont été acceptés. Un seul des membres du couple devait présenter un score de 3 ou plus au South Oaks Gambling Screen pour être considéré comme joueur problématique (SOGS; Lesieur & Blume, 1987). De plus, pour être attribués au groupe de JPP, conformément aux résultats de Cox, Enns et Michaud (2004), les joueurs problématiques devaient également présenter un score de 3 ou plus à la section des critères diagnostiques de l'entrevue diagnostique sur le jeu pathologique (Ladouceur, Sylvain, Boutin & Doucet, 2000). Cette décision a été prise à posteriori afin de minimiser la proportion de faux positifs pouvant être générée par la classification du SOGS (Culleton, 1989; Walker & Dickerson, 1996). Conséquemment, quatorze couples JPP ont été supprimés des analyses statistiques. Les joueurs problématiques et pathologiques ont été assignés au groupe JPP car ils possèdent des caractéristiques similaires : lorsqu'ils perdent de l'argent, ils tentent de recouvrer leurs pertes («se refaire»), ils jouent pour échapper aux difficultés ou pour apaiser une humeur dysphorique et des conséquences négatives découlent du jeu excessif (Toce-Gerstein & Volberg, 2003). De plus, d'autres études ont spécifié que les JPP sont différents des joueurs non problématiques (Afifi,

Cox, Martens, Sareen & Enns, 2010; Cox, Enns & Michaud, 2004). D'autre part, trois autres couples n'ont pas été retenus dans les analyses car ils ont présenté une grande proportion de données manquantes (plus de 20 % par questionnaire). L'échantillon final est composé de 107 couples (67 PJPP et 40 PJNP). Les couples de joueurs non problématiques (JNP) ont été recrutés par l'entremise d'une campagne publicitaire exploitant plusieurs médias (ex. annonces, articles de journaux, brochures d'informations) annonçant le besoin de participants pour une étude sur la vie conjugale. Du côté des couples JPP, la plupart ont été recrutés par le biais d'articles de journaux ou de revue (16,4%) ou dans un centre de traitement pour les dépendances (52,2%) et le jeu pathologique à Montréal. Un assistant de recherche spécifiquement formé a expliqué l'étude aux joueurs tout juste avant leur première séance d'informations concernant les services donnés au centre et le début de leur thérapie. Les JPP et leur partenaire intéressés à participer ont donné leurs coordonnées à l'intervenant qui les a ensuite transmises à l'équipe de recherche. Les joueurs âgés 55 ans et plus représentent 38,8% du groupe de JPP. Bon nombre d'entre eux (20,9%) ont été recrutés à partir d'un répertoire de participants recrutés lors d'études antérieures sur un sujet connexe. Des annonces sur Internet ont été utilisées et des professionnels de différents centres de traitement des dépendances ont aussi été contactés.

Instruments de mesure

Caractéristiques sociodémographiques

Les critères d'inclusion et les caractéristiques sociodémographiques ont été évalués par une entrevue téléphonique élaborée par les auteurs. Une entrevue semi-structurée tirée du questionnaire de l'Enquête Santé Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux Santé

Québec, 1992-93) a été utilisée pour recueillir d'autres données sociodémographiques (ex. niveau de scolarité).

Les habitudes de jeu

Les habitudes de jeu durant les 12 derniers mois ont été évaluées par le SOGS adapté pour les entretiens téléphoniques (Lesieur & Blume, 1987; Volberg & Steadman, 1988; traduit par Ladouceur, Sylvain, Boutin, & Doucet, 2000). Ce questionnaire permet d'identifier trois catégories de joueur : les joueurs non-problématiques (i.e. score = 0 à 2), les joueurs problématiques (i.e. score = 3 - 4), et les joueurs probablement pathologiques (i.e. score = 5 et plus). Le SOGS est reconnu pour avoir une bonne validité prédictive (Lesieur & Blume, 1987, 1993; Stinchfield, 2002). Le coefficient α de Cronbach mesurant la cohérence interne est 0,94 dans cette étude.

La section portant sur les critères diagnostiques de l'entrevue diagnostique sur le jeu pathologique a été également utilisée dans le but de corroborer les scores des JPP au SOGS (American Psychiatric Association, 1994; Beaudoin & Cox, 1999; traduit en français par Ladouceur, Sylvain, Boutin & Doucet, 2000). Deux types de statuts cliniques peuvent être assignés: joueur problématique (rencontre 3 ou 4 critères diagnostiques) ou joueur pathologique (rencontre 5 critères ou plus sur 10). Il est à noter que selon Cox, Enns & Michaud (2004), les individus ayant un score de 3 ou 4 peuvent présenter des problèmes de jeu importants. Les qualités psychométriques de cette entrevue sont inconnues. Toutefois, il existe quelques entrevues cliniques basées sur les critères diagnostiques du DSM-IV sur le jeu pathologique. Elles possèdent une fidélité et une validité prédictive satisfaisante (Stinchfield, 2003).

Santé psychologique

L'Inventaire de dépression de Beck-II a évalué la sévérité des symptômes dépressifs (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996). Plus le score est élevé, plus les symptômes dépressifs sont jugés sévères. Cet instrument présente une excellente fidélité test-retest de 0,91 et une bonne validité prédictive (sensibilité = 81% et spécificité = 92%) (Dozois, Dobson & Ahnberg, 1998; Beck et al., 1996). Dans la présente recherche, ce questionnaire détient une bonne cohérence interne (α de Cronbach = 0,93).

L'échelle d'anxiété IPAT a mesuré le trait d'anxiété (IPAT-AS; Cattell & Sheier, 1957). Un score élevé manifeste un trait d'anxiété plus important. Ce questionnaire présente une bonne validité convergente avec le State-Trait Anxiety Inventory ($r = 0,76$) et une excellente fidélité test-retest ($r = 0,91$; Krug, Scheier & Cattell, 1976; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970). Son coefficient α de Cronbach est de 0,83.

Le test de dépistage de l'alcoolisme du Michigan version brève, a évalué la dépendance à l'alcool (B-MAST; Pokorny, Miller & Kaplan, 1972). Un score de 6 ou plus indique la présence d'alcoolisme. La sensibilité de ce questionnaire est acceptable (78%) et sa spécificité est bonne (80%; Mackenzie, Langa & Brown, 1996). Le coefficient α de Cronbach pour cette étude est de 0,86.

Vie conjugale

L'Échelle d'ajustement dyadique a mesuré la perception de l'entente conjugale et leur degré d'ajustement par rapport à celle-ci (DAS; Spanier, 1976; traduit et adapté pour les Canadiens français par Baillargeon, Dubois & Marineau, 1986). Un score plus élevé indique un meilleur ajustement conjugal. Ce questionnaire détient une très bonne validité convergente

avec le Locke-Wallace marital adjustment scale ($r = 0,86$). Sa fidélité test-retest est très bonne ($r = 0,87$; Carey, Spector, Lantinga & Krauss, 1993). Sa cohérence interne est excellente (α de Cronbach = 0,93)

Les habiletés de résolution de problèmes

Les habiletés de résolution de problèmes ont été évaluées par le Problem Solving Inventory (PSI; Heppner & Petersen, 1982). Ce questionnaire évalue les attitudes et les croyances d'un individu par rapport à ses difficultés. Ces aspects influencent les efforts qui sont consacrés à la résolution de problèmes (Laporte, Sabourin & Wright, 1988). Le score global du PSI sera utilisé pour les fins de cette étude. Le questionnaire présente une bonne fidélité test-retest ($r = 0,81$) et une validité factorielle adéquate : les coefficients de saturation varient de 0,35 à 0,68 (Laporte, Sabourin & Wright, 1988). Le α de Cronbach est de 0,85 pour cette étude.

Procédure

Les participants ont été sélectionnés à l'aide d'une entrevue téléphonique et ont été questionnés sur leurs habitudes de jeu à l'aide du SOGS. Ensuite, les couples recrutés ont répondu à une entrevue semi-structurée. Les joueurs ayant obtenu un score de 3 ou plus au SOGS ont aussi répondu à la section de l'entrevue diagnostique sur le jeu pathologique. Elles ont été conduites par un assistant de recherche spécifiquement formé. Les participants ont ensuite complété les questionnaires utilisés pour la présente étude. D'autres instruments de mesure ayant trait à la vie conjugale et sexuelle ainsi que la santé physique et psychologique furent aussi administrés mais n'ont pas été utilisés dans les analyses statistiques. Les couples ont reçu 50 \$CAN pour leur participation. Enfin, un atelier d'enrichissement conjugal animé

par deux thérapeutes qui ont une expertise dans ce domaine a été proposé à tous les participants.

Résultats

Analyses préliminaires

Le statut de partenaire a été attribué au membre du couple ayant obtenu le plus faible score au SOGS. Cependant, chez 36 couples de joueurs non problématiques sur 40, les deux conjoints ont présenté des scores de 0 au SOGS. Uniquement pour ces couples, le statut de partenaire a été attribué au hasard en tenant compte du ratio hommes/femmes du groupe de joueurs problématiques/pathologiques (cette procédure statistique est suggérée par Satin & Shastry, 1993). Ainsi, les deux groupes présentent une proportion comparable d'hommes et de femmes. La proportion de femmes PJNP est de 72,5 % et celle des PJPP est de 71,6 %. Également, une transformation par racine carrée a été appliquée sur le revenu annuel moyen des PJPP et le score au BDI-II dans le souci de respecter le postulat de normalité. Des ANOVA et des tests khi carré ont été appliqués pour évaluer les différences au niveau des caractéristiques sociodémographiques entre les groupes (voir Tableau 1). Le niveau de scolarité et le statut civil des PJPP diffèrent significativement des PJNP. Par ailleurs, puisque le score des PJPP au BDI-II et à l'IPAT-AS sont fortement corrélés ($r = 0,67, p < 0,01$), une analyse factorielle a été exécutée afin de confirmer que les questionnaires mesurent des construits différents. Étant donné que le nombre de participants était insuffisant pour appliquer cette procédure, 10 items du BDI-II et 10 items de l'IPAT-AS ont été sélectionnés de façon aléatoire uniquement pour les fins de cette analyse. Les items ont été forcés à se lier

à deux facteurs et une rotation varimax a été appliquée. Le Facteur 1 a été composé de tous les items du BDI-II et seulement un item de l'IPAT-AS (coefficient de saturation factorielle = 0,31). Le Facteur 2 a été constitué de tous les autres items de l'IPAT-AS. Cette analyse suggère que les instruments mesurent des construits différents.

Insérer le Tableau 1 ici

Comparaison de la sévérité des symptômes dépressifs entre les PJPP et PJNP

Une ANCOVA a été appliquée afin de comparer la sévérité des symptômes dépressifs des PJPP et des PJNP. La perception relative de la situation financière a corrélé significativement avec le score au BDI-II ($r = 0,31, p < 0,01$). Elle a donc été utilisée en tant que covariable. Les PJPP présentent une intensité de symptômes dépressifs significativement plus élevée ($M = 13,05, \acute{E}T = 10,77$) que les PJNP ($M = 6,18, \acute{E}T = 5,29$), $F(1, 104) = 6,39, p < 0,05$. Ce résultat confirme la première hypothèse. Bien que la moyenne des scores au BDI-II des PJPP est au seuil d'une symptomatologie dépressive légère, une proportion significativement plus élevée de PJPP présentent un score suggérant une dépression légère à sévère (42 %) comparativement à 13 % chez les PJNP ($\chi^2(1, 107) = 10,08, p < 0,01$). Il est à noter que l'intensité des symptômes dépressifs a été dichotomisée pour les fins de cette analyse statistique: absence de dépression (score 0 à 13 au BDI-II) et symptomatologie dépressive (score de 14 et plus). Le Tableau 2 présente la proportion des PJPP et PJNP pour chaque niveau de sévérité de symptômes dépressifs.

Insérer le Tableau 2 ici

Corrélat de la sévérité des symptômes dépressifs des PJPP

Plusieurs variables ont corrélé de façon significative ($p < 0,05$) avec le score au BDI-II des PJPP: le sexe, l'âge, leur revenu annuel moyen, la perception relative de la situation financière, le trait d'anxiété, l'ajustement dyadique et les habiletés de résolution de problèmes. Le statut d'emploi, le score au SOGS, le statut clinique du joueur (i.e. joueur problématique ou pathologique) et le score au B-MAST n'ont pas été inclus dans l'analyse car ils ne sont pas corrélés avec les symptômes dépressifs. Les coefficients de corrélation sont présentés dans le Tableau 3. Une régression multiple avec méthode pas à pas a été appliquée dans le but de proposer un modèle prédictif de la sévérité des symptômes dépressifs chez les PJPP. Dans le modèle final, le revenu annuel moyen des PJPP, le trait d'anxiété et l'ajustement dyadique sont des prédicteurs significatifs de la sévérité des symptômes dépressifs ($F(3, 63) = 25,60, p < 0,001$). Plus spécifiquement, un trait d'anxiété élevé, un faible ajustement dyadique et un faible revenu annuel moyen prédisent une sévérité accrue des symptômes dépressifs. Ces prédicteurs expliquent 54,9 % de la variance de la sévérité des symptômes dépressifs. Les résultats de cette analyse sont présentés en détails dans le Tableau 4. Afin d'évaluer la spécificité des principaux corrélats de la symptomatologie dépressive des PJPP, les prédicteurs des symptômes dépressifs chez les PJNP ont également été investigués. Une analyse de régression multiple avec méthode pas à pas a été conduite et les prédicteurs significatifs des symptômes dépressifs des PJNP sont le trait d'anxiété et les habiletés de résolution de problème ($F(2, 37) = 14,38, p < 0,001$). Ces

prédicteurs représentent 43,7 % de la variance. Il existe une différence significative entre le coefficient B pour les habiletés de résolution de problèmes des PJPP et des PJNP ($Z = 2,26, p < 0,05$). Ce résultat suggère que les modèles sont spécifiques à chaque groupe.

Insérer le Tableau 3 ici

Insérer le Tableau 4 ici

Discussion

La présente étude est la première à s'intéresser spécifiquement aux corrélats de la symptomatologie dépressive des PJPP. Les objectifs visés ont été les suivants : comparer la sévérité des symptômes dépressifs des PJPP et PJNP et ensuite, cibler certains prédicteurs significatifs et spécifiques de la sévérité des symptômes dépressifs spécifiques aux PJPP. Les résultats viennent appuyer la première hypothèse : les PJPP présentent significativement davantage de symptômes dépressifs que les PJNP. Ces résultats sont cohérents avec les données de quelques études descriptives (Lorenz & Shuttleworth, 1983; Lorenz & Yafee, 1988; 1989; Patford, 2009). Il est à noter que le score moyen au BDI-II des PJPP est à la frontière entre des affects dépressifs légers et une dépression légère. Toutefois, une proportion significativement plus importante de PJPP (environ 42 %) présente des symptômes de dépression légère à sévère comparativement à 13 % chez les PJNP. Ensuite, la seconde hypothèse a été partiellement appuyée puisque trois des corrélats proposés sont des prédicteurs significatifs et spécifiques: le trait d'anxiété, l'ajustement dyadique et le revenu

annuel moyen des PJPP. Un trait d'anxiété élevé prédit une plus grande sévérité des symptômes dépressifs chez les partenaires de joueur. Le trait d'anxiété est un facteur prédisposant au développement de la dépression et peut contribuer à augmenter la sévérité de celle-ci (Gotlib & Hammen, 2009). Les PJPP sont appelés à composer avec plusieurs stressseurs chroniques. L'anxiété de trait peut contribuer à ce qu'ils aient une réaction plus vive face aux situations stressantes comparativement à des individus ne présentant pas ce trait de personnalité. Ils peuvent être plus enclins à les interpréter de façon menaçante et négative. Face à des stressseurs chroniques, leur motivation peut être diminuée et des comportements d'évitement tels que s'isoler peuvent survenir. Ils sont alors plus vulnérables aux symptômes dépressifs (Sandi & Richter-Levin, 2010). De plus, un faible ajustement dyadique augmente le risque de souffrir de symptômes dépressifs plus sévères chez les PJPP. Les problèmes de jeu semblent avoir une influence sur la vie conjugale et vice versa (Mead, 2002). Les conséquences du problème de jeu peuvent favoriser une augmentation de l'hostilité et une diminution de l'entente au sein du couple. Ces aspects peuvent avoir une incidence sur le bien-être du partenaire et l'apparition des symptômes dépressifs (Beach & O'Leary, 1993; Proulx, Helms & Buehler, 2007). Enfin, le faible revenu annuel moyen des PJPP est un corrélat significatif de la sévérité de la symptomatologie dépressive. Plusieurs études soutiennent que les difficultés financières et un revenu faible sont des prédicteurs des symptômes dépressifs de la population générale. Dans la plupart des études descriptives, les soucis financiers représentent une des sources de détresse fréquemment relatée par les partenaires car ils sont associés à de l'insécurité, des conflits et une perte de confiance envers le joueur (Patford, 2009). Il est à noter que le modèle des prédicteurs de la symptomatologie

dépressive obtenu est spécifique aux PJPP de cet échantillon puisqu'il diffère de celui associé au PJNP (i.e. habiletés de résolution de problèmes et trait d'anxiété).

Contrairement à notre hypothèse, les variables sociodémographiques telles que le sexe, l'âge, la perception relative de la situation financière et le statut d'emploi ne se sont pas avérées des corrélats significatifs. Ce résultat est contraire aux conclusions de l'étude d'Hodgins et al. (2007) qui rapportent que les partenaires de joueur problématique de sexe féminin et/ou qui sont plus jeunes sont plus à risque de vivre de la détresse psychologique. Il est possible que la taille de l'échantillon de la présente étude ne permette pas d'obtenir une puissance statistique suffisante pour atteindre le seuil de signification. Néanmoins, les caractéristiques des partenaires de joueur demeurent peu étudiées et méritent de plus amples investigations pour cibler les partenaires à risque de développer des symptômes dépressifs. Il serait pertinent d'inclure dans les études épidémiologiques les conjoints(es) de JPP afin de mieux connaître leurs caractéristiques sociodémographiques. De plus, le score au SOGS et le statut clinique du joueur ne se sont pas avérés des prédicteurs d'une symptomatologie dépressive plus sévère chez le conjoint. Ce résultat pourrait être lié à la validité de construit du SOGS. En effet, ce questionnaire contient plusieurs items sur les problèmes financiers et induit un nombre élevé de faux positifs lorsqu'il est utilisé avec la population générale (Culleton, 1989). Cette limite pourrait expliquer l'absence de corrélation entre le score au SOGS et la sévérité des symptômes dépressifs des partenaires. D'autre part, les cotes obtenues à l'entrevue DSM-IV reflètent un groupe de JPP assez homogène. Près de 60% des JPP ont rencontré 7 à 12 critères de l'entrevue DSM-IV. Cela contribue à réduire la variance et diminuer par le fait même sa capacité à prédire la sévérité des symptômes dépressifs des PJPP. Enfin, les habiletés à la résolution de problèmes n'ont pas atteint le seuil de

signification. Ce score corrèle fortement avec le trait d'anxiété ($r = 0,41$, $p < 0,01$) et la variance des symptômes dépressifs pourrait avoir déjà été expliquée en grande proportion par le trait d'anxiété ne laissant plus de variance disponible pour le score au PSI. Il se pourrait que les personnes présentant un trait d'anxiété adoptent une orientation et des stratégies de résolution de problèmes moins efficaces. Les cliniciens ne doivent pas pour autant négliger d'évaluer cet aspect et de l'intégrer dans leur plan de traitement. Les habiletés de *coping*, dont fait partie la résolution de problèmes, est une cible de traitement pertinente pour les partenaires de joueur (Rychtarik & McGillicuddy, 2006; Tepperman, 1985). Cette stratégie d'intervention semble être efficace pour diminuer leurs symptômes dépressifs (Bell & D'Zurilla, 2009).

Cette étude est la première à s'intéresser plus spécifiquement aux principaux corrélats de la symptomatologie dépressive des PJPP. Elle comporte plusieurs forces : les participants ne sont pas uniquement de sexe féminin et n'ont pas été recrutés exclusivement dans un centre de traitement, l'étude est dotée d'un groupe témoin et des instruments de mesure valides ont été employés. Toutefois, certaines limites doivent être mentionnées : le devis corrélationnel ne permet pas d'établir de causalité entre les symptômes dépressifs des partenaires et le problème de jeu du JPP et l'étude est basée sur un projet qui avait initialement comme objectif d'évaluer les liens entre le problème de jeu et la vie conjugale. Donc, lors de futures recherches, certaines variables qui n'ont pas été incluses dans ce projet devraient être plus amplement investiguées. Par exemple, il serait pertinent d'étudier d'autres corrélats de la sévérité des symptômes dépressifs des PJPP. Entre autres, les distorsions cognitives qui sont reconnues pour contribuer au développement et au maintien des symptômes dépressifs (Beck, 2011). Enfin, cette étude permet de mieux comprendre la

symptomatologie dépressive d'une population encore peu étudiée. Il est important de continuer à s'intéresser aux PJPP puisque ceux-ci vivent des stressors chroniques qui peuvent contribuer à l'apparition et au maintien de la dépression. Cette étude contribue à ce que les professionnels puissent intervenir de manière plus ciblée auprès de cette clientèle. Les intervenants pourraient, par exemple, aider les conjoints à mieux identifier leurs besoins personnels, à améliorer leur affirmation de soi et à gérer leur anxiété. Après une évaluation de la dynamique conjugale, les partenaires pourraient être inclus dans le traitement et devenir des alliés thérapeutiques en contribuant à l'amélioration de l'efficacité du traitement (Ingle, Marotta, McMillan & Wisdom, 2008; Johnson & Nora, 1992; Steinberg, 1993). D'une part, la sécurité financière du couple pourrait être abordée puisqu'elle est une cible importante de la thérapie individuelle pour le jeu pathologique (Ladouceur & Lachance, 2007) et les difficultés financières semblent prédire la sévérité des symptômes dépressifs chez les joueurs et leurs partenaires (Poirier-Arbour, Trudel, Boyer, Harvey & Goldfarb, sous presse).» D'autre part, chez certains couples, il pourrait être pertinent d'améliorer la communication et la gestion des conflits puisque ces aspects peuvent constituer des facteurs de maintien et de rechute de la dépression et du jeu pathologique.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 18, 25-34.
- Beaudoin, C. M., & Cox, B. J. (1999). Characteristics of problem gambling in a Canadian context: A preliminary study using a DSM-IV-Based questionnaire. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 483-487.
- Beach, S. R. H., & O'Leary, D. (1993). Marital discord and dysphoria: For whom does the marital relationship predict depressive symptomatology ? *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, 405-420.
- Beck, J. S., (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd Ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory* (2nd-Ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bell, A. C., & D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 348-353.
- Bottomley, C., Nazareth, I., Torres-Gonzalez, F., Svab, I., Maaroos, H. I., Geerlings, M. I., et al. (2010). Comparison of risk factors for the onset and maintenance of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 13-17.
- Carey, M. P., Spector, L. P., Lantinga, L. J., & Krauss, D. J. (1993). Reliability of the Dyadic adjustment scale. *Psychological Assessment*, 5, 238-240

- Cattell, R. B., & Sheier, I. H. (1957). *Handbook for the IPAT anxiety scale*. Champaign, IL: Institute for personality and ability testing.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Clinical Psychology*, 100, 316-336.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Michaud, V. (2004). Comparisons between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-IV-Based Interview in a community survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 258-264.
- Culleton, R. P. (1989). The prevalence rates of pathological gambling: A look at methods, *Journal of Gambling Behavior*, 5, 22-41.
- Dickson-Swift, V. A., James, E. L., & Kippen, S. (2005). The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues*, 13, 1-22.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). The family functioning of female pathological gamblers. *International journal of Mental Health and Addiction*, 7, 29-44.
- Dozois, D. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10, 83-89.
- Eibner, C., Sturm, R., & Roan Gresenz, C. (2004). Does Relative Deprivation Predict the Need for Mental Health Services? *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 7, 167-175.
- Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (1999). Conflict in marriage: Implication for working with couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 47-77.

- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L., (2009). *Handbook of depression*. (2nd ed.). New-York, NY : The Guilford Press.
- Heppner, P. P., & Petersen, C. H. (1982). The development and implication of a personal problem solving inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 66-75.
- Hodgins, D. C., Shead, N. W., & Makarchuk, K. (2007). Relationship satisfaction and psychological distress among concerned significant others of pathological gamblers *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 65-71.
- Ingle, P. J., Marotta, J., McMillan, G., & Wisdom, J. P. (2008). Significant others and gambling treatment outcomes. *Journal of Gambling Studies*, 24, 381-392.
- Johnson, E. E., & Nora, R. M. (1992). Does spousal participation in gamblers anonymous benefit compulsive gamblers ? *Psychological Reports*, 71(3, Pt 1), 914.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec, Québec, Canada : Institut de la statistique du Québec.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O. Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Journal of American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Krug, S. E., Scheier, I. H., & Cattell, R. B. (1976). *Handbook for the IPAT Anxiety Scale*, Champaign, IL: Institute for Personality and Hability Testing.
- Ladouceur, R., & Lachance, S. (2007). *Overcoming pathological gambling: Therapist guide*. New-York, NY: Oxford University Press.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin C., & Doucet C. (2000). *Le jeu excessif: Comprendre et*

vaincre le gambling. Montréal, Québec, Canada: Les Éditions de l'Homme.

- Laporte, L., Sabourin, S., & Wright, J. (1988). L'inventaire de résolution de problèmes personnels : une perspective métacognitive. *International Journal of Psychology*, 23, 569-581.
- Lee, B. K., & Rovers, M. (2008). Bringing torn lives together again : Effects of the first congruence couple therapy training application to clients in pathological gambling. *International Gambling Studies*, 8, 113-129.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1993). Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive substance use disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 12, 89-102.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks gambling screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lorenz, V. C., & Shuttlesworth, D. E. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology*, 11, 67-76.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 13-26.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1989). Pathological gamblers and their spouses: Problems in interaction. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 113-125.
- Mackenzie, D. M., Langa A., & Brown, T. M. (1996). Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: A comparison of AUDIT, CAGE and Brief MAST. *Alcohol & Alcoholism*, 31, 591-599.
- McComb, J. L., Lee, & Sprenkle, D. H. (2009). Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 415-431.

- Mead, E. D. (2002). Marital distress, co-occurring depression, and marital therapy : A review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 299-314.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux Santé Québec. (1992-1993). *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1992-1993*, Tome 1-2. Montréal, Québec, Canada : Publications du Québec.
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35, 1-33.
- Patford, J. (2009). For worse, for poorer and in ill health: How women experience, understand and respond to a partner's gambling problem. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 177-189.
- Pokorny, A. D., Miller, B. A., & Kaplan, H. B. (1972). The Brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *American Journal of Psychiatry*, 129, 342-345.
- Poirier-Arbour, A., Trudel, G., Boyer, R., Harvey, P., & Goldfarb, M. R. (sous presse). Correlates of Depressive Symptom Severity in Problem and Pathological Gamblers in Couple Relationships. *Journal of Gambling Studies*.
- Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being : A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69, 576-593.
- Rychtarik, R. G., & McGillicuddy, N. B. (2006). Preliminary evaluation of a coping skills training program for those with a pathological-gambler partner. *Journal of Gambling Studies*, 22, 165-178.
- Sandi, C., & Richter-Levin, G. (2010). From high anxiety trait to depression : a neurocognitive hypothesis. *Trends in neurosciences*, 32, 312-320.

- Satin, A., & Shastry, W. *L'échantillonnage: un guide non mathématique*. Ottawa, Ontario, Canada : Statistiques Canada.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment. New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Steinberg, M. A. (1993). Couples treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners. *Journal of Gambling Studies*, 9, 153-167.
- Stinchfield, R. (2003). Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 160, 180-182.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors* 27, 1-19.
- Tepperman, J. H. (1985). The effectiveness of short-term group therapy upon the pathological gambler and wife. *Journal of Gambling Behavior*, 12, 119-130.
- Volberg, R. A., & Steadman, H. J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145, 502-505.
- Walker, M. B., & Dickerson, M. G. (1996). The prevalence of problem and pathological gambling: A critical analysis. *Journal of Gambling Studies*, 12, 233-249.
- Zimmerman, F. J., & Katon, W. (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income depression relationship? *Health Economics*, 14, 1197-1215.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des PJPP et PJNP

Caractéristiques	PJPP <i>n</i> = 67 (%)	PJNP <i>n</i> = 40 (%)
Femmes	71,6	72,5
Âge (années)		
18-54	67,2	50,0
55 +	32,8	50,0
Niveau de scolarité *		
Secondaire 4 ou moins	37,3	17,5
Diplôme d'études secondaires ou plus	62,7	82,5
Sans Emploi *	28,4	50,0
Revenu annuel moyen du partenaire (\$ CAD)		
0 – 19,999	37,3	40,0
20,000 – 34,999	29,9	22,5
35,000 – 49,999	20,9	25,0
50,000 +	11,9	12,5
Statut civil **		
Marié	43,3	47,5
Union de fait	46,3	22,5
Séparé mais légalement marié	1,5	0,0
Célibataire (jamais marié)	9,0	30,0
Durée de la relation conjugale (années)		
1 – 20	67,2	60,0
21 +	32,8	40,0
Nombre de critères DSM-IV rencontrés par JPP		
3 – 4	19,4	NA
5 +	80,6	

Notes. * : $\chi^2(1,107) = 4,69, p < 0,05$; * : $\chi^2(1, 107) = 5,06, p < 0,05$; ** : $\chi^2(1,107) = 6,56, p < 0,01$.

Tableau 2. Niveau de sévérité des symptômes dépressifs (score au BDI-II) des PJPP et PJNP

	PJPP		PJNP	
	<i>n</i> = 67		<i>n</i> = 40	
Niveau de sévérité des symptômes dépressifs	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Pas de dépression ou affects dépressifs légers	39	58,2	35	87,5
Dépression légère	11	16,4	4	10,0
Dépression modérée	10	14,9	1	2,5
Dépression majeure	7	10,4	0	0,0
Total Dépression légère à majeure **	28	41,7	5	12,5

Note. $\chi^2 (1, 107) = 10,08, p < 0,01$. Pour les fins d'analyse, la sévérité des symptômes dépressifs a été dichotomisée : absence de symptôme dépressif et symptomatologie dépressive (légère à majeure).

Tableau 3. Corrélations entre les prédicteurs potentiels et la sévérité des symptômes dépressifs des PJPP

Prédicteurs	Sévérité des symptômes dépressifs
Trait d'anxiété	0,67**
Ajustement dyadique	-0,47**
Habiletés de résolution de problèmes	0,36**
Âge	-0,30*
Perception de la situation financière	0,29*
Sexe	-0,27*
Revenu annuel moyen	-0,26*

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tableau 4. Résumé de l'analyse de régression multiple des corrélats de la sévérité des symptômes dépressifs des PJPP

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>
Trait d'anxiété	0,08	0,01	0,58	6,37**
Ajustement dyadique	-0,02	0,01	-0,24	-2,57*
Revenu annuel moyen	-0,01	0,00	-0,19	-2,21*

Note. $R^2 = 0,55$

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce dernier chapitre dresse un bilan de la présente thèse et se divise en quatre sections. Tout d'abord, les objectifs et les résultats contenus dans chacun des articles seront présentés et interprétés. La deuxième section mentionnera les limites méthodologiques de l'étude et les pistes de recherches futures. Enfin, les contributions de la présente thèse au domaine du jeu pathologique seront étayées et suivies d'une conclusion générale.

DISCUSSION GÉNÉRALE

4.1 Rappel des objectifs, présentation des résultats et de leurs interprétations

4.1.1 Premier article

Le premier article de thèse visait à comparer la sévérité de la symptomatologie dépressive des JPP et des JNP qui sont en couple. Cette étude tentait de corroborer les données empiriques qui relatent que les JPP présentent des symptômes de dépression plus sévères que les JNP (Kessler et al., 2008; Petry et al., 2005; Thomsen et al., 2009). Ensuite, cette étude avait comme objectif de cibler des corrélats de la sévérité de la symptomatologie dépressive qui sont spécifiques aux JPP. Dans un premier temps, les résultats appuient la documentation scientifique et montrent que les JPP présentent des symptômes dépressifs d'une intensité significativement plus grande que les JNP. Afin de mieux comprendre les facteurs qui contribuent à la sévérité des symptômes dépressifs chez cette population, plusieurs corrélats ont été étudiés. En ce qui concerne la seconde hypothèse, la présence d'un trait d'anxiété et d'un faible ajustement dyadique se sont avérés être des prédicteurs significatifs de la sévérité de la symptomatologie dépressive des JPP. Dans l'ensemble, 46,8 % de la variabilité des symptômes dépressifs des joueurs est prédite par ces deux corrélats. Ce modèle formé de ces deux prédicteurs est spécifique aux JPP puisque l'ajustement dyadique ne s'est pas avéré être un prédicteur de la sévérité des symptômes dépressifs des JNP. C'est plutôt le trait d'anxiété et les habiletés de résolution de problèmes qui ont prédit la symptomatologie dépressive des joueurs non problématiques. Chez les JPP, le trait d'anxiété est le prédicteur le plus important ($\beta = 0,56$; $sr = 0,27$). Il est pertinent de mentionner que les joueurs pathologiques sont plus à risque de présenter ce trait de personnalité (MacLaren et al., 2011).

En se basant sur les aspects cognitifs du modèle proposé par Sandi & Richter-Levin (2009), un joueur qui présente un trait d'anxiété serait plus enclin à manifester une hypersensibilité au stress et une vigilance excessive aux conséquences liées au problème de jeu (voir représentation visuelle du modèle, appendice B). Ces joueurs présenteraient davantage de pensées négatives et une faible estime de soi. Ces croyances contribueraient à ce qu'ils emploient des comportements d'évitement (p. ex., isolement social). C'est ainsi que les JPP présentant un trait d'anxiété seraient plus à risque de souffrir de symptômes dépressifs plus importants. En second lieu, les résultats montrent qu'un faible ajustement dyadique est également un prédicteur significatif ($\beta = -0,23$, $sr = 0,04$) de la sévérité des symptômes dépressifs. Les difficultés conjugales sont parmi les problèmes les plus fréquemment rapportés par les joueurs en traitement (Ladouceur et al., 2004). De plus, la détresse conjugale a un poids significatif dans la vie du joueur puisqu'elle augmente les risques de rechute (Proulx, Helms, & Buehler, 2007; Beach & O'Leary, 1993). Donc, il se pourrait que l'insatisfaction, un plus grand nombre de conflits, une faible communication avec le conjoint influencent négativement l'humeur du joueur et contribuent à prédire des symptômes de dépression plus sévères.

Par ailleurs, l'hypothèse a été partiellement infirmée puisque certains corrélats n'ont pas atteint le seuil de signification. Tout d'abord, les caractéristiques sociodémographiques (c. à d. sexe, âge, revenu annuel moyen, perception de la situation financière et le statut d'emploi) n'ont pas été des prédicteurs significatifs. Il se peut qu'il n'y ait pas eu un nombre de joueurs suffisant pour chacun des niveaux des variables sociodémographiques. Le manque de puissance statistique pourrait expliquer que ces prédicteurs n'ont pas été retenus comme étant significatifs. En effet, quelques unes de ces variables présentaient une corrélation modérée avec les symptômes dépressifs. Un plus grand nombre de participants aurait pu permettre à ces prédicteurs d'atteindre le seuil de signification. De plus, les résultats pourraient être attribuables à un biais de sélection des participants puisque certains JPP ont été recrutés dans la population générale alors que d'autres l'ont été dans un centre de traitement. Ainsi, les caractéristiques hétérogènes des participants de l'étude pourraient contribuer à ce que les variables sociodémographiques ne s'avèrent pas des prédicteurs

saillants de la sévérité des symptômes dépressifs. D'autres corrélats qui n'ont pas été étudiés pourraient avoir influencé les résultats tels que les dettes liées au jeu. Ensuite, les résultats non significatifs en ce qui a trait au sexe féminin viennent contredire les données obtenues dans plusieurs études (Desai & Potenza, 2008; Matheson, Wohl, & Anisman, 2009; Petry, Stinson & Grant, 2005). Il se pourrait que les participantes présentent une sévérité des symptômes dépressifs similaires aux hommes puisqu'elles ont des caractéristiques sociodémographiques, un statut clinique et des scores similaires au niveau du trait d'anxiété, des habiletés de résolution de problèmes, de la dépendance à l'alcool et de l'ajustement dyadique. De plus, les participantes recrutées pourraient présenter des symptômes dépressifs qui sont de plus faible intensité que les femmes JPP car elles bénéficient de facteurs de protection sur le plan de santé mentale tels qu'un ajustement dyadique plus élevé ou des habiletés de résolution de problèmes plus efficaces. En ce qui a trait à l'âge, il se pourrait que cette variable n'ait pas été un corrélat significatif puisque tous les JPP sont âgés de plus de 30 ans. Cette caractéristique de l'échantillon contribue à réduire la variance. Également, un biais de sélection des participants pourrait avoir contribué à ce que l'âge n'atteigne pas le seuil de signification puisque plusieurs des JPP âgés de 55 ans et plus ont été recrutés par une firme de recherche indépendante. Cette méthode de recrutement peut avoir contribué à sélectionner des participants ayant des caractéristiques différentes. Il se pourrait que ces derniers présentent des symptômes dépressifs moins sévères. D'autre part, la situation économique est un aspect qui devrait bénéficier de plus amples recherches puisque la «perception relative de la situation financière» a presque atteint le seuil de signification ($p = .07$). Il est possible que cette variable soit un meilleur indicateur des difficultés financières que le revenu annuel moyen ou le statut d'emploi puisqu'elle prend en considération la perception qu'a le joueur de sa situation économique. Ainsi, un joueur peut gagner un revenu annuel élevé et avoir une perception négative de sa situation financière puisqu'un pourcentage élevé de ses dépenses sont liées à la pratique du jeu. Contrairement à notre hypothèse, le score au SOGS et le statut clinique du joueur ne constituent pas des corrélats significatifs. La validité de construit du SOGS pourrait avoir influencé les résultats obtenus. Cet instrument contient plusieurs items sur les problèmes financiers du joueur et induit un nombre élevé de faux positifs lorsqu'il est utilisé dans la population générale (Culleton, 1989). Ces aspects peuvent expliquer l'absence de corrélation entre le score au SOGS et la sévérité des symptômes dépressifs. Par ailleurs, la

décision d'avoir seulement inclus dans les analyses les joueurs ayant obtenu un score minimal de trois au SOGS et à l'entrevue diagnostique sur le jeu pathologique peut avoir influencé les résultats. La majorité des participants présentent une détresse importante liée à leur problème de jeu (Cox et al., 2002; Stinchfield, 2003). Il est possible qu'à partir d'un certain niveau de sévérité du jeu PP, la symptomatologie dépressive oscille dans un même intervalle. D'autre part, le biais de sélection des participants mentionnés plus haut peut avoir contribué au recrutement de JPP qui ont des caractéristiques différentes de ceux habituellement recrutés dans les études qui confirment la relation entre la sévérité du problème de jeu et des symptômes dépressifs. Les résultats pourraient également être explicables par une plus faible intensité de symptômes dépressifs chez les JPP de cette recherche puisqu'ils présentent des facteurs de protection tels qu'une satisfaction conjugale plus élevée. Ils bénéficieraient davantage de soutien et ainsi, présenteraient moins de symptômes dépressifs. Ensuite, la dépendance à l'alcool ne prédit pas des symptômes dépressifs plus sévères. Ce résultat pourrait s'expliquer par la diminution de la sensibilité du questionnaire utilisé (B-MAST) pour détecter les problèmes d'alcool dans la population générale ou chez les buveurs qui ne sont pas sévères (Chan, Pristach & Welte, 1994). Donc, il est probable que les buveurs ayant une consommation à risque n'aient pas été détectés par cet instrument de mesure. De surcroît, 39 % des JPP ont présenté un faible score provoquant ainsi un effet plancher. Cette variable a alors été dichotomisée. Cette transformation diminue la variation des scores à ce questionnaire et pourrait réduire sa capacité à prédire les symptômes dépressifs. Enfin, de faibles habiletés de résolution de problèmes ne constituent pas un corrélat significatif. Ce résultat est peut-être attribuable au fait que le score à l'inventaire de résolution de problèmes est corrélé avec le score de l'échelle de trait d'anxiété ($r = 0,39$). Cela suggère que la variance de la symptomatologie dépressive qui aurait pu être prédite par les habiletés de résolution de problèmes avait déjà été expliquée par le trait d'anxiété.

4.1.2 Deuxième article

Le second article avait d'abord comme objectif de comparer la symptomatologie dépressive des partenaires de JPP et de JNP. Ensuite, l'étude visait à déceler certains corrélats

de la sévérité des symptômes dépressifs spécifiques aux partenaires de JPP. Les résultats confirment la première hypothèse : les PJPP présentent une plus grande intensité de symptômes dépressifs que les PJNP. Alors que les résultats montrent que le score moyen au BDI-II des partenaires de JPP est à la frontière de la dépression légère, il s'avère qu'une proportion significativement plus élevée d'entre eux (42 %) présente des symptômes de dépression légère à sévère comparativement aux partenaires de joueur non problématique (13 %). Ces résultats viennent appuyer les écrits scientifiques. En ce qui a trait à la seconde hypothèse, trois variables prédisent de façon significative la sévérité de la symptomatologie dépressive des PJPP : la présence d'un trait d'anxiété, un faible ajustement dyadique ainsi qu'un revenu annuel moyen faible. Ensemble, ils expliquent 55 % de la variabilité des symptômes dépressifs chez ces partenaires. Également, ce modèle semble être spécifique au PJPP puisqu'un des corrélats obtenus pour les PJNP est différent (c. à d. habiletés de résolution de problèmes). Tout d'abord, le trait d'anxiété est également un corrélat saillant pour les partenaires de JPP. Plus spécifiquement pour ces conjoints, les résultats montrent que le trait d'anxiété est le prédicteur le plus important ($\beta = 0,58$, $sr = 0,29$). Il est possible que ce trait de personnalité rende les partenaires plus à risque d'être très vigilants et hypersensibles à l'anxiété. Ils seraient plus enclins à entretenir des pensées et des affects négatifs. Cela contribuerait à ce qu'ils adoptent des comportements d'évitement (p. ex., remettre à plus tard la résolution de problèmes). Ils seraient alors plus à risque de souffrir de symptômes dépressifs (Sandi & Richter-Levin, 2010). Ensuite, un faible ajustement dyadique prédit des symptômes de dépression plus sévères ($\beta = -0,24$, $sr = 0,05$). Ce résultat peut s'expliquer par les nombreux conflits et l'insatisfaction conjugale rapportés par les couples de JPP. La perte de confiance envers le joueur est un autre élément qui peut engendrer de la détresse chez les partenaires (Patford, 2009). Le dernier corrélat significatif est le revenu annuel moyen ($\beta = -0,19$, $sr = 0,04$). Il se pourrait que les difficultés financières occasionnées par le problème de jeu retranchent une partie importante du revenu du partenaire. Aussi, les soucis financiers semblent influencer l'humeur dépressive puisqu'ils constituent une des préoccupations les plus importantes des PJPP (Crisp, Thomas, Jackson, & Thomason, 2001; Ferland, et al., 2008).

Par ailleurs, les prédicteurs non significatifs de la sévérité des symptômes dépressifs sont similaires à ceux obtenus pour les JPP. C'est-à-dire que les données sociodémographiques des partenaires (être une femme, être plus jeune, être sans emploi; avoir une perception négative de sa situation financière), le score au SOGS du joueur ainsi que le statut clinique de joueur pathologique; la dépendance à l'alcool et les habiletés de résolution de problèmes inefficaces chez le partenaire ne sont pas des corrélats qui ont franchi le seuil de signification. Les interprétations des prédicteurs non significatifs utilisées pour expliquer les résultats des JPP pourraient être également applicables à leur partenaire. Par conséquent, elles ne seront pas mentionnées à nouveau. Néanmoins, il est pertinent de souligner une différence entre les modèles des prédicteurs de la sévérité des symptômes dépressifs des JPP et celui de leurs partenaires. Alors que la perception relative de la situation financière s'avère un prédicteur significatif chez les joueurs, cette variable ne s'avère pas être un corrélat significatif chez les partenaires. Ce résultat peut s'expliquer par la forte corrélation entre le revenu annuel moyen et la perception relative de la situation financière de ces individus ($r = -0,37$). En effet, plus le revenu annuel est faible, plus le partenaire se considère pauvre en comparaison avec un groupe de pairs qui lui est similaire. Il est possible que la variance qui aurait été expliquée par la perception relative de la situation financière soit déjà expliquée par le revenu annuel moyen.

Enfin, les interprétations des résultats de ces deux articles doivent être considérées avec prudence pour plusieurs raisons qui seront plus amplement discutées dans la prochaine section. Des pistes de recherches futures pour contourner ces limites seront également émises.

4.2 Limites méthodologiques et pistes de recherches futures

Une des premières limites méthodologiques de cette étude est son devis corrélationnel. Alors, une mise en garde doit être apportée quant à l'interprétation des résultats : il est impossible de déterminer la direction du lien ou une relation de cause à effet entre les variables. Il se peut que les symptômes dépressifs soient une cause ou une conséquence du problème de jeu. Cependant, l'utilisation de ce devis a permis d'explorer un domaine encore

peu étudié. Ce protocole a permis d'évaluer l'association d'un grand nombre de variables et plus précisément, de cibler simultanément plusieurs corrélats de la sévérité de la symptomatologie dépressive chez les couples de JPP. Il n'en demeure pas moins que des recherches futures devraient reproduire les résultats de la présente thèse. Ensuite, il serait intéressant de conduire une recherche à devis longitudinal. Ce type d'étude permettrait de mieux comprendre la direction du lien entre le jeu PP et les symptômes dépressifs mais aussi d'estimer la fluctuation de la symptomatologie dépressive des joueurs et de leurs partenaires.

Une seconde limite est la taille de l'échantillon qui s'est vue réduite par la spécificité des critères de sélection des participants (p. ex., joueur en couple d'orientation hétérosexuelle dont la relation conjugale dure depuis plus d'un an). Ces caractéristiques réduisent le bassin de joueurs potentiels qui peuvent être recrutés. De plus, les joueurs devaient présenter un score de trois au SOGS et manifester un minimum de trois critères de l'entrevue diagnostique sur le jeu pathologique. Cette décision visant à réduire le nombre de faux positifs a fait en sorte que 14 couples JPP ont été éliminés des analyses statistiques. Il se peut que la taille de l'échantillon ait contribué à ne pas obtenir suffisamment de puissance statistique pour l'analyse de certains corrélats. Cependant, le ratio du nombre minimal de participants par prédicteur (10 : 1) pour conduire une analyse de régression multiple a été respecté chez les JPP (Harris, 1985; Wampold & Freund, 1987). Le modèle contenait initialement cinq prédicteurs pour 67 joueurs. Il est à noter qu'au départ, le modèle des partenaires contenait sept prédicteurs alors il ne manquait que trois participants pour rencontrer cette règle. Également, la taille de l'échantillon de cette étude, surtout en ce qui a trait aux partenaires de JPP, constitue une grande amélioration par rapport aux autres recherches sur cette population. Idéalement, les prochaines études épidémiologiques devraient intégrer l'investigation de ces multiples corrélats et inclure un volet sur les conjoints de joueurs. Ainsi, la puissance statistique serait suffisante. Afin de mieux comprendre l'impact psychologique sur les membres de l'entourage du joueur, des études portant sur les personnes significatives pour le joueur devraient être conduites. De cette façon, un nombre encore plus grand de joueurs pourrait être étudié.

Par ailleurs, afin de recruter une proportion importante de JPP âgés de plus de 55 ans, l'équipe de recherche a fait appel à une firme de sondage. L'utilisation d'une méthode de recrutement différente peut induire un biais de sélection des participants. Cette firme a recruté plusieurs des JPP âgés à l'aide d'annonces sur Internet, par l'entremise de différents centres de traitement des dépendances et par le biais d'un répertoire de personnes ayant participé à des études sur un sujet connexe. Il s'est avéré que 10 des joueurs âgés recrutés par la firme ont été exclus des analyses statistiques puisqu'ils n'ont pas obtenu un score de trois ou plus aux deux instruments de mesures sur le jeu PP (SOGS et entrevue diagnostique sur le jeu pathologique). D'autre part, il est possible que ce mode de recrutement ait induit un biais dû à l'expérimentateur. Toutefois, l'équipe de recherche a donné une formation exhaustive de plusieurs heures à l'intervieweur et est demeurée disponible pour répondre à ses questions. Bien que cet aspect constitue une limite de l'étude, ce mode de recrutement a permis d'évaluer un plus grand nombre de joueurs âgés de plus de 55 ans dans la population générale. De futures études pourraient établir des partenariats avec des équipes de recherche et différents centres de traitement du jeu pathologique à l'extérieur de la grande région métropolitaine de Montréal afin de recruter davantage de joueurs âgés. Ces collaborations permettraient d'obtenir parallèlement une plus grande représentativité des JPP au Québec et de bonifier la validité externe de l'étude.

D'autre part, l'emploi de questionnaires auto-rapportés a pu induire un certain nombre de biais dans l'étude. En effet, ce type d'instrument expose la perception des participants par rapport à leur problématique et cette réalité perçue peut être quelque peu déformée. Également, l'utilisation de questionnaires auto-rapportés peut faire en sorte que les individus aient tendance à répondre de façon similaire à l'ensemble des questionnaires (Anastasi, 1988). Cependant, deux questionnaires ont été employés dans la présente étude pour évaluer le problème de jeu dont une entrevue diagnostique. Cet aspect contribue à contourner cette lacune puisque le jugement clinique de l'intervieweur vient appuyer les résultats des questionnaires. De plus, l'inventaire de dépression de Beck-II constitue un questionnaire ayant une bonne sensibilité et spécificité bien qu'il ne soit pas une entrevue diagnostique (Beck et al., 1988). Par ailleurs, l'entrevue diagnostique sur le jeu pathologique employée dans la présente étude n'a pas fait l'objet d'étude de validation auprès de la population québécoise. Cela rend l'interprétation des résultats hasardeuse puisqu'il n'existe

pas de norme pour les JPP au Québec. Ensuite, l'utilisation de deux questionnaires pour évaluer la sévérité du problème de jeu constitue un avantage puisqu'elle permet de diminuer le taux de faux positifs. Cependant, l'acceptation des participants ayant un score de trois ou plus au SOGS et à l'entrevue diagnostique sur le jeu pathologique est difficilement comparable à d'autres études employant d'autres instruments de mesure sur le jeu pathologique. L'emploi de l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE) employé conjointement avec une entrevue diagnostique sur le jeu pathologique aurait pu permettre de pallier à cette lacune de par ses bonnes qualités psychométriques (c. à d. bonne fidélité test-retest, validité convergente, validation sur la population canadienne; Ferris & Wynne, 2001). De prochaines recherches pourraient intégrer la section sur le trouble de dépression majeure de la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*, dans sa version française (First et al., 1997). Ainsi, le jugement clinique d'un expérimentateur permettrait d'évaluer la présence d'un épisode de dépression majeure en comorbidité avec le jeu PP. Cette entrevue pourrait également permettre l'investigation d'une symptomatologie sous-clinique. Cela contribuerait à constituer un échantillon plus représentatif des différents niveaux de sévérité de dépression retrouvés chez les JPP.

Par ailleurs, la présente étude s'est greffée à un projet de recherche qui visait à évaluer l'influence du jeu PP sur la relation conjugale. Ainsi, l'étude des variables sur la dynamique conjugale seront approfondies dans le cadre d'une autre thèse doctorale menée par une étudiante du laboratoire de recherche. Cet aspect a contribué à limiter l'exploration de la variable conjugale dans la présente recherche. De plus, les hypothèses ont été formulées à posteriori. Ainsi, de nombreux corrélats pertinents n'ont pas été étudiés. Néanmoins, un haut pourcentage de la variance a été expliqué par les variables incluses dans l'étude. De plus, de nombreuses variables rapportées comme étant associées à la symptomatologie dépressive des JPP et de leurs partenaires dans la documentation scientifique ont été intégrées dans la présente étude. Il n'en demeure pas moins que des projets de recherche futurs pourraient étudier d'autres variables associées aux symptômes dépressifs telles que le niveau de scolarité, l'ethnicité, les dettes liées au jeu, les antécédents psychiatriques et médicaux, le niveau de stress, les troubles d'abus et de dépendance à la drogue, les schémas cognitifs et les traits de personnalité. Elles sont répertoriées dans plusieurs études comme étant des variables

associées à la dépression chez les JPP (Bourget, Ward & Gagné, 2003; Blaszczynski & Nower, 2002; Chou & Afifi, 2011; Kennedy et al., 2010; Kim et al., 2006; Matheson et al., 2009; McCormick, & Taber, 1987; O'Brien, 2001; Pelletier et al., 2008; Petry et al., 2005; Potenza, et al., 2005; Westphal & Johnson, 2007). Il serait également pertinent d'évaluer les facteurs de protection de la dépression. L'étude de ces facteurs pourrait contribuer à étayer les aspects qui rendent les JPP et les partenaires plus résilients face au stress. Ces recherches permettraient de comprendre quels mécanismes leur permettent de ne pas développer des symptômes dépressifs. Le soutien social perçu (Aro, 1994; Chioqueta & Stiles, 2007) serait une avenue d'étude intéressante puisqu'il est conçu comme étant un facteur de protection face à l'anxiété et la dépression. Le sentiment d'efficacité personnelle pourrait également constituer une autre piste de recherche intéressante (Bandura, 2003).

4.3 Contributions scientifiques de la thèse

Malgré les limites méthodologiques mentionnées précédemment, la présente thèse comporte un apport significatif à la documentation scientifique sur les plans méthodologique, théorique et clinique. Tout d'abord, plusieurs améliorations méthodologiques ont été apportées en comparaison aux études déjà existantes sur le sujet. La présente recherche permet d'évaluer la symptomatologie dépressive actuelle chez les JPP alors que plusieurs recherches ont plutôt étudié la présence de dépression au cours de leur vie. De plus, cette thèse permet d'évaluer différents niveaux de sévérité de la symptomatologie dépressive des joueurs contrairement à plusieurs études qui n'étudient que le diagnostic de dépression majeure. Également, les symptômes dépressifs ont été évalués à l'aide d'un instrument de mesure valide tandis que de nombreuses études se sont basées sur des observations cliniques, des sondages ou sur quelques questions ayant trait à la dépression. Ensuite, cette thèse réduit le biais de sélection des participants maintes fois rencontrés dans la recension des écrits scientifiques. L'échantillon n'est pas uniquement constitué de JPP qui sont en traitement ou qui font partie d'associations telles que les Gamblers Anonymes. Ainsi, les joueurs ont également été recrutés dans la population générale. De plus, l'échantillon contient une proportion de JPP de sexe masculin et féminin représentative de la population des joueurs (Desai et al., 2005; Ladouceur et al., 2004). Ceci permet une meilleure représentation des

femmes JPP et par extension, des partenaires de sexe masculin qui demeurent encore peu étudiés à ce jour. En ce qui a trait à l'âge, une considération particulière a été apportée afin que les joueurs âgés soient davantage recrutés. Tous ces aspects contribuent à diminuer les biais induits par des caractéristiques particulières de l'échantillon qui pourraient influencer les résultats. Par ailleurs, deux instruments de mesure ont été utilisés pour évaluer le jeu PP afin de réduire le nombre de faux positifs qui peuvent être générés par le SOGS. Cette précaution est rarement prise par les chercheurs qui utilisent ce questionnaire dans la population générale malgré une mise en garde à cet effet (Stinchfield, 2002). Ceci constitue un autre facteur qui contribue à augmenter la validité interne de l'étude. Enfin, alors que très peu de recherches ont inclus un groupe témoin, la présente étude a recruté 40 couples de non joueurs problématiques. Ce groupe témoin permet d'évaluer l'influence du jeu PP sur la symptomatologie dépressive des couples. La présence d'un groupe de JNP a également permis de vérifier la spécificité des prédicteurs de la symptomatologie dépressive des couples JPP. En effet, il a été possible de souligner que certains corrélats tels qu'un faible ajustement dyadique prédit des symptômes dépressifs plus sévères chez les JPP et leurs partenaires. Ce résultat n'a pas été obtenu chez les couples JNP. À l'inverse, il semble que les habiletés de résolution de problèmes sont un prédicteur significatif chez les couples de joueurs non problématiques alors que cette variable n'a pas franchi le seuil de signification chez les couples aux prises avec le jeu PP.

Sur le plan théorique, les résultats de la présente thèse peuvent bonifier les modèles théoriques expliquant les interactions entre la dépression et le jeu PP. Tout d'abord, le modèle biopsychosocial du jeu problématique de Blaszczynski & Nower (2002) stipule qu'il existe différents types de joueurs. Certains présentent une dépression avant de développer le problème de jeu alors que pour d'autres, les symptômes dépressifs découlent du jeu excessif. Puisque la présente thèse ne visait pas à évaluer la direction du lien entre les symptômes dépressifs et le jeu PP, il serait imprudent de suggérer l'ajout des prédicteurs significatifs de l'étude à ce modèle. Toutefois, à la lumière des résultats obtenus, il est possible d'émettre une critique à cette conceptualisation théorique puisqu'elle n'intègre pas les difficultés conjugales. Pourtant, cet aspect influence significativement l'humeur dépressive du joueur. Également, les problèmes conjugaux peuvent constituer un facteur de

développement et de maintien du problème de jeu (Grant Kalishuk, et al., 2006; McComb et al., 2009). Donc, la présente étude permet de souligner cette lacune de ce modèle théorique. Par ailleurs, la théorie sur le stress et le *coping* de Lazarus est utile pour illustrer l'interaction entre la dépression et le jeu excessif. Les prédicteurs significatifs de la présente thèse peuvent se greffer à ce modèle afin d'en améliorer la conceptualisation. D'une part, les conséquences du problème de jeu font en sorte que le couple affronte une multitude de difficultés qui perdurent dans le temps. Entre autres, les joueurs et leurs partenaires rapportent que les problèmes financiers et conjugaux sont au premier plan (Lorenz & Yaffee, 1989; McComb et al., 2009). Ensuite, les caractéristiques personnelles de l'individu telles que son histoire de vie, ses émotions et sa personnalité influenceraient l'évaluation de ces situations stressantes. Plus spécifiquement, le joueur et le partenaire qui présentent un trait d'anxiété qui teinterait de façon négative leurs interprétations des événements stressants. Ce trait de personnalité ferait en sorte de les rendre hypersensibles et très vigilants au stress. Ils seraient aussi plus enclins à focaliser leur attention sur les aspects négatifs d'une situation. Cela contribuerait à renforcer leurs croyances qu'ils sont impuissants face à leurs difficultés et qu'ils n'ont pas les capacités nécessaires pour composer avec les situations jugées menaçantes. Cette perception inciterait ces individus à employer des stratégies d'évitement pour résoudre les problèmes et les conflits. Par exemple, ils auraient tendance à s'isoler ou à ne pas aborder les problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentent. Étant donné que la détresse conjugale est importante, il est possible que les conjoints ne s'unissent plus afin de former une équipe pour affronter les problèmes et que le soutien mutuel entre les deux conjoints diminue (Bodenmann & Shantinah, 2004). Ces facteurs contribuent au développement et au maintien des symptômes dépressifs (Beck & Alford, 2009; O'Brien, 2010; Sandi & Richter-Levin, 2010).

Sur le plan clinique, la présente étude permet de sensibiliser les intervenants auprès des joueurs et de leurs partenaires sur plusieurs aspects. Tout d'abord, l'évaluation initiale contenue dans le programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Ladouceur, Boutin, Doucet, Lachance & Sylvain, 2000) ne contient pas de questionnaire sur le trait d'anxiété. De plus, une seule question concerne les difficultés familiales et conjugales associées au problème de jeu. Une évaluation plus exhaustive de ces aspects pourrait permettre de mieux cibler les individus qui

sont à risque de développer une symptomatologie dépressive plus sévère. Cela contribuerait aussi à effectuer une meilleure prévention de la dépression et possiblement du suicide chez les joueurs. Également, le traitement du jeu pathologique semble efficace mais plusieurs améliorations doivent être apportées puisque le taux d'abstinence après le traitement est faible (Petry et al., 2006). Une étude longitudinale s'échelonnant sur une année rapporte que seulement 8 % des joueurs pathologiques sont demeurés complètement abstinentes (Hodgins & el-Guebaly, 2004). L'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale du jeu excessif (Ladouceur & Lachance, 2008) pourrait être bonifiée si la présence du trait d'anxiété était considérée dans la compréhension clinique des psychothérapeutes. Considérant que l'humeur négative et les symptômes dépressifs peuvent être un facteur de rechute du jeu PP (Hodgins & El-Guebaly, 2004), un module complémentaire sur la restructuration cognitive pourrait contribuer à diminuer la rigidité de ce trait de personnalité (Beck, 2011). Les pensées automatiques et les schémas cognitifs nourris par ce trait seraient ébranlés. Cela pourrait permettre à l'individu d'adopter une façon alternative de percevoir les événements de vie stressants avec lesquels il compose. La psychothérapie pourrait également être axée sur la réduction des comportements d'évitement des situations considérées comme étant menaçantes et à l'augmentation de l'utilisation des stratégies adaptatives pour y faire face. Ainsi, le joueur pourrait consolider l'apprentissage d'outils supplémentaires pour gérer ses symptômes anxieux et dépressifs. Par ailleurs, il serait important de déployer davantage de ressources accessibles pour les conjoints des joueurs dans les centres de traitement du jeu PP. Les programmes d'intervention visant à améliorer les stratégies de *coping* adaptatives semblent être efficaces pour diminuer les symptômes dépressifs des partenaires (Rychtarik & McGillicuddy, 2006). Ainsi, le partenaire pourrait obtenir des services même si le joueur ne souhaite pas bénéficier d'une thérapie. Enfin, les JPP présentent un taux substantiel d'abandon de leur traitement. En effet, selon certaines études, près du tiers des JPP abandonnent leur thérapie (Ladouceur et al. 2000; Stinchfield & Winters, 2001). De plus, les troubles en comorbidité tels que la dépression peuvent avoir une incidence négative sur l'efficacité du traitement s'ils ne sont pas abordés en thérapie (Chou, 2011; Kim et al., 2006). L'intégration du conjoint comme allier thérapeutique pourrait contribuer à l'augmentation de l'observance au traitement et à la diminution des symptômes dépressifs (Bertrand et al., 2008; Ingle, Marotta, McMillan & Wisdom, 2008; Johnson & Nora, 1992; Steinberg, 1993). Entre

autres, des interventions pourraient être établies pour stabiliser la situation financière du couple, ce qui contribuerait probablement à diminuer significativement la symptomatologie dépressive des deux partenaires. Ces interventions pourraient cibler l'amélioration des habiletés de communication, des stratégies de résolution de problèmes et de conflits. Les thérapies de couple semblent efficaces pour réduire les symptômes dépressifs et augmenter la satisfaction conjugale (Beach & O'Leary, 1992). Toutefois, il serait important de faire de plus amples recherches cliniques afin d'opérationnaliser l'implantation de cette modalité thérapeutique et d'en évaluer son efficacité auprès des couples aux prises avec le jeu PP.

4.4 Conclusion générale

En somme, la présente thèse contribue à souligner qu'une grande proportion de joueurs et de partenaires présentent des symptômes dépressifs. L'association entre le jeu PP et la symptomatologie dépressive est complexe. Cette recherche a permis de cibler les facteurs qui influencent la sévérité des symptômes dépressifs. Entre autres, cette étude contribue à souligner l'influence du trait d'anxiété, de la situation financière et de l'ajustement dyadique sur les symptômes dépressifs des JPP et de leurs partenaires. La dynamique conjugale pourrait être intégrée dans une compréhension clinique plus globale du jeu problématique et pathologique qui ferait en sorte de mieux guider les interventions psychologiques des professionnels travaillant auprès de cette clientèle. Entre autres, l'implantation d'une composante conjugale au traitement du jeu PP pourrait contribuer à aider les joueurs et leur partenaire à mieux gérer leurs symptômes dépressifs. Ainsi, l'efficacité du traitement du jeu excessif pourrait être améliorée et les coûts financiers pour la société liés au jeu pourraient être réduits.

APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU JEU PATHOLOGIQUE

■ F63.0 [312.31] Jeu pathologique

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- (1) préoccupation par le jeu (p. ex. préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer)
- (2) besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré
- (3) efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu
- (4) agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu
- (5) joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (p. ex. des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression)
- (6) après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »)
- (7) ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
- (8) commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu
- (9) met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu
- (10) compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées due au jeu

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un Épisode maniaque.

APPENDICE B

MODÈLE EXPLIQUANT LA RELATION ENTRE LE TRAIT D'ANXIÉTÉ ET LE
DÉVELOPPEMENT DE LA DÉPRESSION (SANDI & RICHTER-LEVINE, 2010)

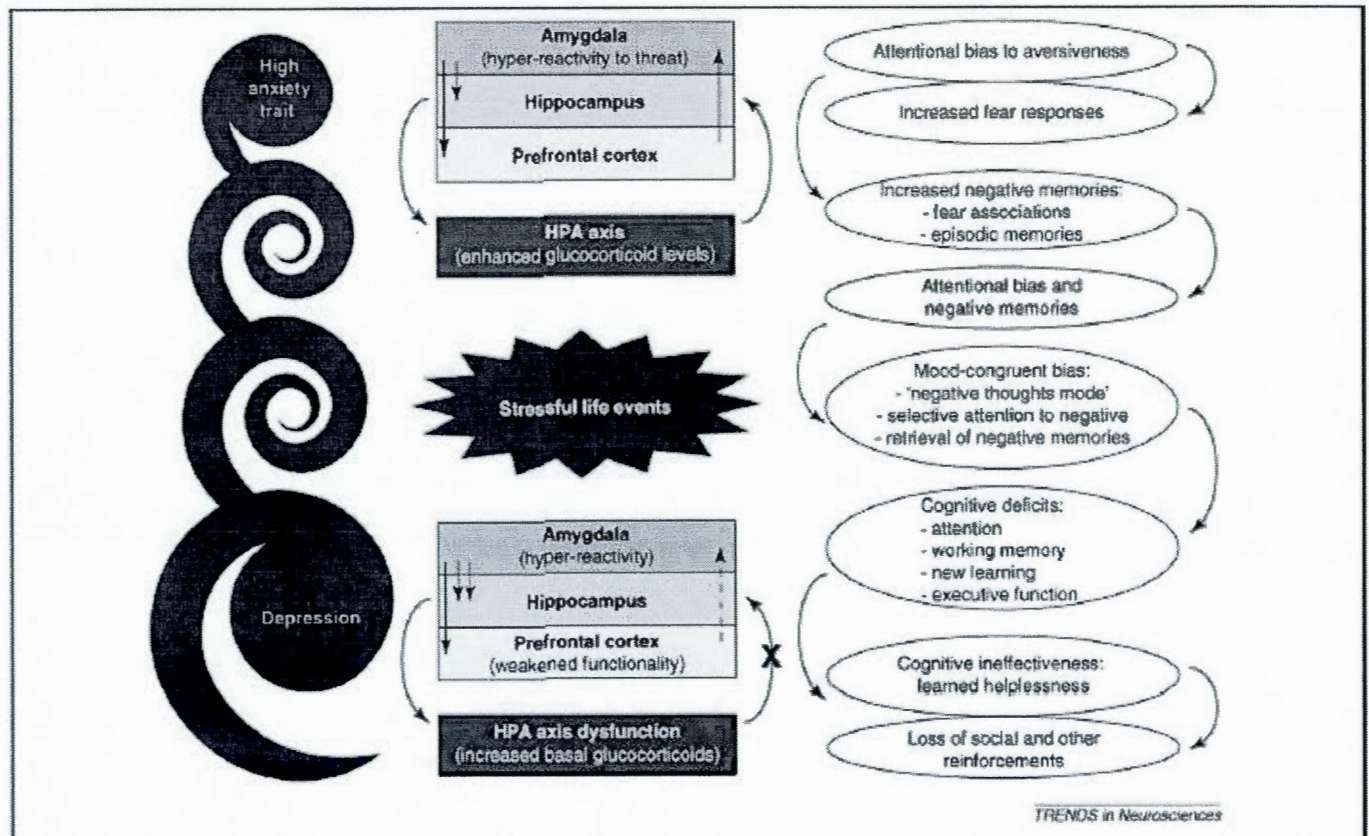


Figure 3. From high anxiety trait to depression: a neurocognitive model. High anxiety trait individuals display enhanced amygdala reactivity that will influence activity in the hippocampus and prefrontal cortex (black arrows); conversely, the prefrontal cortex exerts a weak inhibition of amygdala function. This profile is linked with a phasic enhancement of hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis activity and consequently of glucocorticoid levels. Conversely, phasic elevations of glucocorticoids further increase amygdala activation. This pattern of brain and neuroendocrine interactions (middle column) is accompanied, in high anxiety trait individuals, by a cognitive pattern of interrelated responses (right column). When high anxious individuals are exposed to major stressful life events, this vulnerable neurocognitive profile responds with amygdala sensitization (hyper-reactivity to threat that progressively chronifies to hyperactivation even under basal conditions) with stronger influence over hippocampal and prefrontal (strongly potentiating [black arrows] or inhibiting [red arrows]) functions. The prefrontal cortex becomes ineffective to restrain amygdala hyper-reactivity (dotted arrow). This pattern of neural dynamics disrupts functionality of the HPA axis, which eventually shows enhanced glucocorticoid levels under basal conditions. Conversely, high glucocorticoids further disrupt hippocampal and prefrontal cortex function. In turn, this neural and neuroendocrine pattern (middle column) evolved as a consequence of sustained stress exposure turns the cognitive style into a spiral of progressively enhanced dysfunctions (right columns). The focus on threat and fear results in enhanced negative memories, setting the cognitive processing in a 'mood-congruent' bias mode that together with cognitive deficits of increasing severity leads to several socio-psycho-physiological alterations that are at the core of depression. The neurocognitive pattern characteristic of high anxious individuals determines the increasing and reverberating nature of these maladaptive neurocognitive processes and sets the path to turn a depression episode into a major depression disorder.

Modèle de Sandi & Richer-Levine (2010)

APPENDICE C

CERTIFICATS D'ACCEPTATION DES COMITÉS ÉTHIQUES

- C.1 Certificat éthique de l'UQAM
- C.2 Certificat éthique du Centre Dollard-Cormier



Université du Québec à Montréal

Case postale 9588, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) Canada H3C 3P6Comité institutionnel d'éthique
de la recherche avec des êtres humains

No. R1-031513

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le protocole de recherche suivant :

Responsable(s) du projet : Gilles Trudel

Département ou École : Psychologie

Titre du projet : «Fonctionnement conjugal associé au jeu de hasard et d'argent».

Étudiant (s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse dans le cadre du présent projet ou programme :

Alison Poirier-Arbour et Pascale Harvey, étudiantes au doctorat en psychologie.

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le «Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM».

Le projet est jugé recevable au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains.

Membres du Comité

Marc Bélanger, Professeur, Département de kinanthropologie

Henriette Bilodeau, Professeure, Département Organisation et ressources humaines

René Binette, Directeur, Écomusée du fier monde, Représentant de la collectivité

Shahira Fawzi, Enseignante retraitée de la CSDM, Représentante de la collectivité

Joseph Josy Lévy, Professeur, Département de sexologie et Institut Santé et Société

Francine M. Mayer, Professeure, Département des sciences biologiques

Christian Saint-Germain, Professeur, Département de philosophie

Jocelyne Thériault, Professeure, Département de sexologie

2 mai 2006

Date

Joseph Josy Lévy
Président du Comité

UQAM

Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT)
Centre Dollard-Cormier - 950 de Louvain est, Montréal, Québec H2M 2E8

Montréal, ce 19 décembre 2003

Monsieur Gilles Trudel, Ph.D.
Département de psychologie
UQAM
C.P. 8888, Succursale Centre-ville
Montréal, Qc
H3C 3P8

Objet : Votre demande d'approbation par le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie

Projet : *Fonctionnement conjugal associé au jeu de hasard et d'argent*
N/D : CERT/2003-019 - Acceptation

Monsieur Trudel,

Le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie accuse réception de votre lettre datée du 11 décembre dans laquelle vous acceptez d'intégrer dans la recherche mentionnée en rubrique des sujets féminins dans une proportion 2/1.

Un certificat de conformité est joint en annexe. **Afin de compléter notre dossier, nous aimerions que vous nous fassiez parvenir les formulaires de consentement modifiés.**

À la date anniversaire de l'émission du certificat, le Comité demandera au chercheur principal de lui faire connaître les changements survenus dans le déroulement de l'étude en remplissant un formulaire avec des cases à cocher. Le Comité est en effet tenu d'assurer ce suivi en vertu de la politique émise conjointement par les trois conseils (Comité de recherches médicales du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada) ainsi que du plan d'action ministériel du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Le CERT désire également être informé des modifications majeures apportées entre-temps.

Nous vous souhaitons donc bonne chance dans la réalisation de votre recherche et vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments distingués.

La présidente du Comité
d'éthique de la recherche en toxicomanie

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE EN TOXICOMANIE (C.É. R.T)**

Marie-Andrée Bertrand
/cg

p.j.

Certificat d'éthique

**Le comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT),
selon les procédures en vigueur, a examiné le projet de recherche intitulé :**

Fonctionnement conjugal associé au jeu de hasard et d'argent

N/D : CERT2003-019

et soumis par :

*Monsieur Gilles Trudel, Ph.D.
Département de psychologie
UQAM
C.P. 8888, Succursale Centre-ville
Montréal, Qc
H3C 3P8*

Le comité a conclu que la recherche proposée respecte les règles d'éthique.

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE EN TOXICOMANIE (C.É. R.T)**

Marie-Andrée Bertrand, présidente
Comité d'éthique de la recherche en
toxicomanie (CERT)

19 décembre 2003

Date d'émission

APPENDICE D

ACCUSÉS DE RÉCEPTION ET DÉCISIONS DE PUBLICATION DES ÉDITEURS DES REVUES SCIENTIFIQUES

- D.1 Accusé de réception du Journal of Gambling Studies
- D.2 Accusé de réception du Journal of Gambling Issues

Dear Mr. Gilles Trudel:

I am pleased to inform you that your manuscript: "Correlates of Depressive Symptom Severity in Problem and Pathological Gamblers in Couple Relationships" has been accepted for publication in the Journal of Gambling Studies.

It is assumed that all material submitted for publication is submitted exclusively to the Journal of Gambling Studies, that it is original and that neither the substance of the article nor any of its pictures or tables have been published or will be submitted for publication elsewhere. This restriction does not apply for abstracts published in connection with scientific meetings. It is also assumed that all authors and the responsible institutions(s) / department(s) have given consent to publication of the paper in its present form.

For queries regarding your accepted paper please contact Malathi Sathish at Malathi.Sathish@springer.com.

Once again we thank you for submitting your manuscript to the Journal of Gambling Studies.

Sincerely,

Jon E. Grant
Editor-in-Chief
Journal of Gambling Studies

Expéditeur: sstewart@dal.ca

Date: 27 septembre 2012 13:25:20 HAE

Destinataire: aparbour@hotmail.com

Objet: Journal of Gambling Issues - Decision on Manuscript ID JGI-Apr-12-RES 097

27-Sep-2012

Dear Alisson,

Your manuscript, entitled "Les corrélats de la symptomatologie dépressive des partenaires de joueur problématique et pathologique" and submitted to the Journal of Gambling Issues, has been reviewed. The comments of the associate editor, Serge Sévigny, who manages the French language section of the journal, and of the peer reviewers are included at the bottom of this letter, along with the associate editor's letter.

The associate editor and reviewers have recommended that publication may be possible, pending minor revisions to your manuscript. Therefore, I invite you to respond to their comments and revise your manuscript.

To revise your manuscript, log into <http://mc.manuscriptcentral.com/camh-jgi> and enter your Author Center, where you will find your manuscript title listed under "Manuscripts with Decisions." Under "Actions," click on "Create a Revision." Your manuscript number has been appended to denote a revision.

You will be unable to make your revisions on the originally submitted version of the manuscript. Instead, revise your manuscript using a word processing program and save it on your computer. Please also highlight the changes to your manuscript within the document by using the track changes mode in MS Word or by using bold or colored text.

Once the revised manuscript is prepared, you can upload it and submit it through your Author Center.

When submitting your revised manuscript, you will be able to respond to the comments made by the reviewers in the space provided (this is highly recommended). You can also use this space to document any changes you make to the original manuscript. In order to expedite the processing of the revised manuscript, please be as specific as possible in your response to the reviewers.

IMPORTANT: Your original files are available to you when you upload your revised manuscript. Please delete any redundant files before completing the submission.

Once again, thank you for submitting your manuscript to the Journal of Gambling Issues and I look forward to receiving your revision.

Sincerely,
Dr. Sherry Stewart
Editor in chief, Journal of Gambling Issues

Bonjour Madame P-Arbour,

D'abord, merci d'avoir soumis votre article à JGI version francophone. Nous avons besoin de tels articles pour promouvoir la recherche sur les JHA en français.

J'ai reçu les commentaires des évaluateurs qui mentionnent tous que l'article est intéressant et que sa publication sera bienvenue dans notre champ d'expertise. L'article pourra être publié suite à une révision appropriée. Je souhaite vous aviser que dans les circonstances, il nous fera plaisir de recevoir à nouveau votre manuscrit une fois que vous l'aurez révisé en fonction des commentaires de ces évaluateurs. Il est nécessaire que vous répondiez à leurs commentaires et surtout que vous nous expliquiez pourquoi vous ne répondez pas à certaines de leurs demandes, si le cas devait se présenter.

Je suis convaincu que vous porterez une attention particulière aux commentaires de l'évaluateur 3, en ce qui a trait aux analyses de régression, et que votre révision nous éclairera sur les décisions que vous aurez prises à ce sujet.

Dans l'espoir de recevoir votre révision bientôt, veuillez accepter mes sincères remerciements pour votre collaboration à JGI.

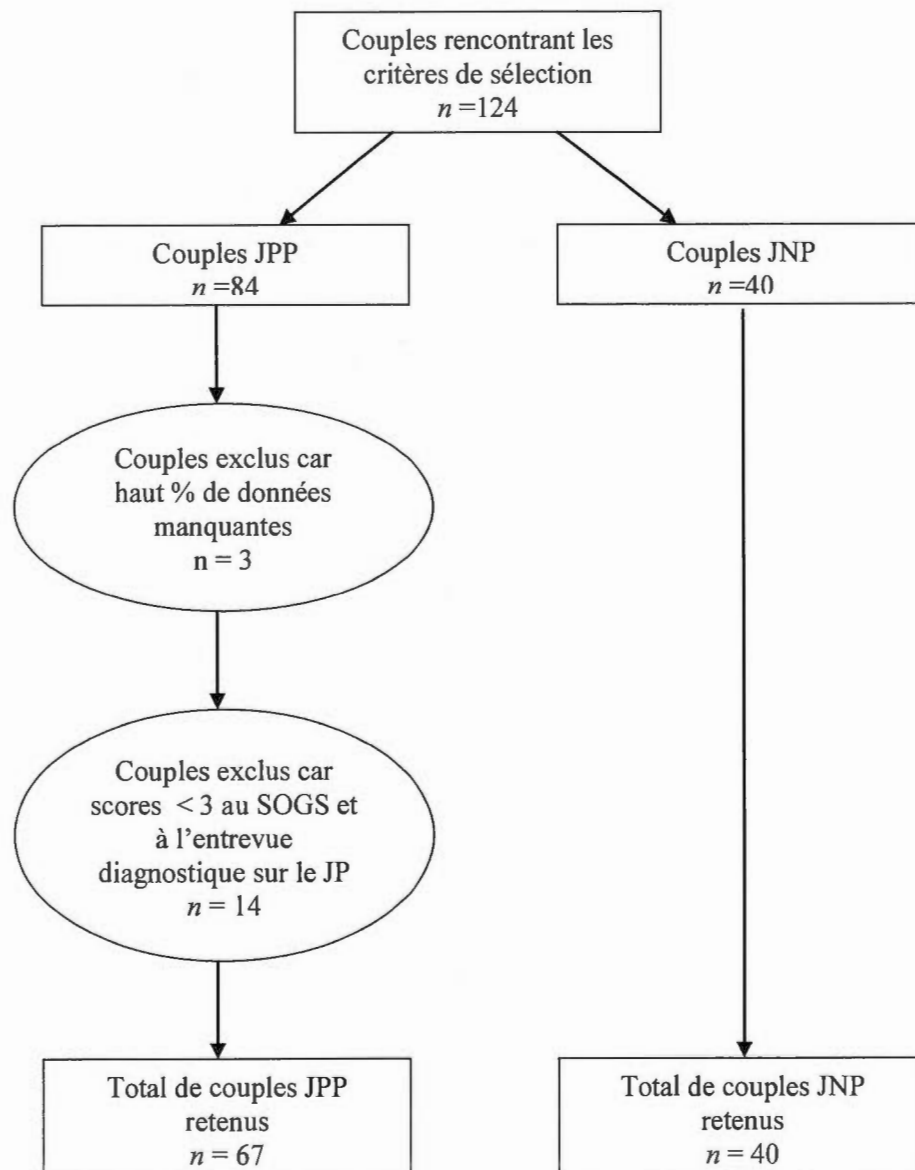
Cordialement,
Serge Sévigny

E.1 Organigramme de la sélection des participants

APPENDICE E

ORGANIGRAMME DE LA SÉLECTION DES PARTICIPANTS

E.1 Organigramme de la sélection des participants



APPENDICE F

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE

- F. 1 Formulaire de consentement pour les joueurs (version homme)
- F. 2 Formulaire de consentement pour les joueurs (version femme)
- F. 3 Formulaire de consentement pour les partenaires (version homme)
- F. 4 Formulaire de consentement pour les partenaires (version femme)

Formulaire de consentement-participant

Titre: Fonctionnement conjugal associé aux jeux de hasard et d'argent

Dans le cadre d'un projet de recherche de trois ans subventionné par le Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture et dirigé par les docteurs Gilles Trudel et Richard Boyer de l'Université du Québec à Montréal, de l'Université de Montréal et du Centre de Recherche Fernand Séguin, l'objectif est d'étudier le lien existant entre le fonctionnement conjugal et le jeu excessif. Nous voulons savoir si ce lien existe, s'il est fonction de la sévérité du jeu excessif et de l'âge et quelles sont les dimensions de la relation conjugale impliquée dans cette relation.

Nous nous intéressons dans cette étude aux couples dans lesquels un des conjoints participe, à divers degrés, à des jeux de hasard et d'argent. D'autres participants pourront participer à cette étude sans manifester d'intérêt pour ce type d'activité car nous avons également besoin de ce type de participants pour des fins comparatives.

Si vous décidez de participer à cette recherche, que vous soyez intéressé ou non, à divers degrés, par les jeux de hasard et d'argent, vous aurez à répondre à une série de questionnaires mesurant principalement votre fonctionnement conjugal (notamment la satisfaction, la communication et la sexualité dans le couple). D'autres questionnaires complèteront ceux sur le couple, notamment des questionnaires sur l'anxiété, la dépression, l'alcoolisme et sur le jeu excessif de même que des questionnaires d'information générale. Au total, il vous faudra environ deux à trois heures pour compléter ces questionnaires, mais vous êtes libre de prendre le temps que vous voulez et cela pourrait durer plus longtemps.

La passation des questionnaires aura lieu au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, mais pourrait aussi avoir lieu dans d'autres centres si cela s'avère plus commode pour les participants à cette recherche. La complétion des questionnaires par le couple se fera séparément. Toutes les données recueillies au cours de cette étude seront conservées de façon anonyme et seront identifiées par un code. De plus, elles seront conservées dans des classeurs sous clef. Les résultats pourront être présentés dans des congrès, colloques ou dans des articles scientifiques, mais il s'agit de résultats globaux de cette recherche et non pas de résultats individuels. Il est entendu que la confidentialité des données recueillies dans cette étude s'applique autant aux participants qu'à leur conjointe. De plus, chacun des conjoints répond séparément et les réponses de chacun ne sont pas connues de l'autre.

Pour participer à cette étude, vous devez être âgé entre 18 et 75 ans et vivre en couple depuis au moins une année et accepter de répondre à des questionnaires en français. Votre conjointe doit également accepter de répondre aux questionnaires.

Les participants à cette étude pourront recevoir gratuitement suivant leur convenance une session de formation à la vie de couple qui sera animée par des membres du laboratoire

sur le couple et la sexualité du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et qui durera une journée.

Un autre bénéfice relié à la participation à cette étude est que les participants, en répondant à des questionnaires, peuvent être amenés à réfléchir sur leur vie de couple et tenter de trouver des solutions à des problématiques. Par contre, les participants peuvent parfois ressentir un inconfort relié aux questions posées dans les questionnaires. Notre équipe est là pour vous aider, pour répondre à vos questions et le cas échéant vous orienter si vous souhaitez entreprendre une démarche conjugale ou personnelle.

Enfin, comme contribution pour frais de participation à cette recherche, un montant de 50\$ par couple vous sera accordé pour vos frais de déplacement.

Il est entendu que la participation à cette étude est volontaire. De plus, si vous acceptez de participer à cette recherche, vous pourrez vous retirer en tout temps sans justification ni préjudice.

Notre projet de recherche a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIER) de l'UQAM (secrétariat: service de la recherche et de la création, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre Ville, Qc, H3C 3P8). Il a également reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie du Centre Dollard-Cormier (CERT) (950 de Louvain est, Montréal, Qc, H2M 2E8).

Sachez que toutes questions sur le projet, plaintes ou commentaires peuvent être adressés au responsable du projet, monsieur Gilles Trudel (téléphone: 987-3000 poste 4847). Pour toutes questions sur les responsabilités des chercheurs ou, dans l'éventualité où la plainte ne peut être adressée directement, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du CIER. Vous pouvez adresser vos questions à madame Louise Arvisais au 514-987-3000 poste 7753.

En tenant compte des informations spécifiées dans ce document, j'accepte volontiers de participer à cette recherche.

_____	Coordonnées du participant :
Date	_____
_____	_____
Nom du participant	_____
_____	_____
Signature du participant	

Nom de l'expérimentateur : _____

Signature de l'expérimentateur : _____

Formulaire de consentement-participante

Titre: Fonctionnement conjugal associé aux jeux de hasard et d'argent

Dans le cadre d'un projet de recherche de trois ans subventionné par le Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture et dirigé par les docteurs Gilles Trudel et Richard Boyer de l'Université du Québec à Montréal, de l'Université de Montréal et du Centre de Recherche Fernand Séguin, l'objectif est d'étudier le lien existant entre le fonctionnement conjugal et le jeu excessif. Nous voulons savoir si ce lien existe, s'il est fonction de la sévérité du jeu excessif et de l'âge et quelles sont les dimensions de la relation conjugale impliquée dans cette relation.

Nous nous intéressons dans cette étude aux couples dans lesquels un des conjoints participe, à divers degrés, à des jeux de hasard et d'argent. D'autres participants pourront participer à cette étude sans manifester d'intérêt pour ce type d'activité car nous avons également besoin de ce type de participants pour des fins comparatives.

Si vous décidez de participer à cette recherche, que vous soyez intéressée ou non, à divers degrés, par les jeux de hasard et d'argent, vous aurez à répondre à une série de questionnaires mesurant principalement votre fonctionnement conjugal (notamment la satisfaction, la communication et la sexualité dans le couple). D'autres questionnaires complèmentent ceux sur le couple, notamment des questionnaires sur l'anxiété, la dépression, l'alcoolisme et sur le jeu excessif de même que des questionnaires d'information générale. Au total, il vous faudra environ deux à trois heures pour compléter ces questionnaires, mais vous êtes libre de prendre le temps que vous voulez et cela pourrait durer plus longtemps.

La passation des questionnaires aura lieu au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, mais pourrait aussi avoir lieu dans d'autres centres si cela s'avère plus commode pour les participants à cette recherche. La complétion des questionnaires par le couple se fera séparément. Toutes les données recueillies au cours de cette étude seront conservées de façon anonyme et seront identifiées par un code. De plus, elles seront conservées dans des classeurs sous clef. Les résultats pourront être présentés dans des congrès, colloques ou dans des articles scientifiques, mais il s'agit de résultats globaux de cette recherche et non pas de résultats individuels. Il est entendu que la confidentialité des données recueillies dans cette étude s'applique autant aux participantes qu'à leur conjoint. De plus, chacun des conjoints répond séparément et les réponses de chacun ne sont pas connues de l'autre.

Pour participer à cette étude, vous devez être âgée entre 18 et 75 ans et vivre en couple depuis au moins une année et accepter de répondre à des questionnaires en français. Votre conjoint doit également accepter de répondre aux questionnaires.

Les participants à cette étude pourront recevoir gratuitement suivant leur convenance une session de formation à la vie de couple qui sera animée par des membres du laboratoire sur le couple et la sexualité du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et qui durera une journée.

Un autre bénéfice relié à la participation à cette étude est que les participants, en répondant à des questionnaires, peuvent être amenés à réfléchir sur leur vie de couple et tenter de trouver des

solutions à des problématiques. Par contre, les participants peuvent parfois ressentir un inconfort relié aux questions posées dans les questionnaires. Notre équipe est là pour vous aider, pour répondre à vos questions et le cas échéant vous orienter si vous souhaitez entreprendre une démarche conjugale ou personnelle.

Enfin, comme contribution pour frais de participation à cette recherche, un montant de 50\$ par couple vous sera accordé pour vos frais de déplacement.

Il est entendu que la participation à cette étude est volontaire. De plus, si vous acceptez de participer à cette recherche, vous pourrez vous retirer en tout temps sans justification ni préjudice.

Notre projet de recherche a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIER) de l'UQAM (secrétariat: service de la recherche et de la création, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre Ville, Qc, H3C 3P8). Il a également reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie du Centre Dollard-Cormier (CERT) (950 de Louvain est, Montréal, Qc, H2M 2E8).

Sachez que toutes questions sur le projet, plaintes ou commentaires peuvent être adressés au responsable du projet, monsieur Gilles Trudel (téléphone: 987-3000 poste 4847). Pour toutes questions sur les responsabilités des chercheurs où, dans l'éventualité où la plainte ne peut être adressée directement, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du CIER. Vous pouvez adresser vos questions à madame Louise Arvisais au 514-987-3000 poste 7753.

En tenant compte des informations spécifiées dans ce document, j'accepte volontiers de participer à cette recherche.

_____	Coordonnées de la participante :
Date	_____
_____	_____
Nom de la participante	_____
_____	_____
Signature de la participante	
Nom de l'expérimentateur : _____	
Signature de l'expérimentateur : _____	

Formulaire de consentement-conjoint

Titre: **Fonctionnement conjugal associé aux jeux de hasard et d'argent**

Dans le cadre d'un projet de recherche de trois ans subventionné par le Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture et dirigé par les docteurs Gilles Trudel et Richard Boyer de l'Université du Québec à Montréal, de l'Université de Montréal et du Centre de Recherche Fernand Séguin, l'objectif est d'étudier le lien existant entre le fonctionnement conjugal et le jeu excessif. Nous voulons savoir si ce lien existe, s'il est fonction de la sévérité du jeu excessif et de l'âge et quelles sont les dimensions de la relation conjugale impliquée dans cette relation.

Nous nous intéressons dans cette étude aux couples dans lesquels un des conjoints participe, à divers degrés, à des jeux de hasard et d'argent. D'autres participants pourront participer à cette étude sans manifester d'intérêt pour ce type d'activité car nous avons également besoin de ce type de participants pour des fins comparatives.

Si vous décidez de participer à cette étude à titre de conjoint d'une participante à cette recherche, vous aurez à répondre à une série de questionnaires mesurant principalement votre fonctionnement conjugal (notamment la satisfaction, la communication et la sexualité dans le couple). D'autres questionnaires complèmentent ceux sur le couple, notamment des questionnaires sur l'anxiété, la dépression, l'alcoolisme et sur le jeu excessif de même que des questionnaires d'information générale. Au total, il vous faudra environ deux à trois heures pour compléter ces questionnaires, mais vous êtes libre de prendre le temps que vous voulez et cela pourrait durer plus longtemps.

La passation des questionnaires aura lieu au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, mais pourrait aussi avoir lieu dans d'autres centres si cela s'avère plus commode pour les participants à cette recherche. La complétion des questionnaires par le couple se fera séparément. Toutes les données recueillies au cours de cette étude seront conservées de façon anonyme et seront identifiées par un code. De plus, elles seront conservées dans des classeurs sous clef. Les résultats pourront être présentés dans des congrès, colloques ou dans des articles scientifiques, mais il s'agit de résultats globaux de cette recherche et non pas de résultats individuels. Il est entendu que la confidentialité des données recueillies dans cette étude s'applique autant aux participantes qu'à leur conjoint. De plus, chacun des conjoints répond séparément et les réponses de chacun ne sont pas connues de l'autre.

Vous participez donc à cette étude à titre de conjoint d'une participante de cette recherche et vous vivez en couple avec elle depuis au moins une année. Vous acceptez, de même que votre conjointe, à répondre à des questionnaires en français.

Les participants à cette étude pourront recevoir gratuitement, suivant leur convenance, une session de formation à la vie de couple qui sera animée par des membres du laboratoire sur le couple et la sexualité du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et qui durera une journée.

Un autre bénéfice relié à la participation à cette étude est que les participants, en répondant à des questionnaires, peuvent être amenés à réfléchir sur leur vie de couple et tenter de trouver des solutions à des problématiques. Par contre, les sujets peuvent parfois ressentir un inconfort relié aux questions posées dans les questionnaires. Notre équipe est là pour vous aider, pour répondre à

vos questions et le cas échéant vous orienter si vous souhaitez entreprendre une démarche conjugale ou personnelle.

Enfin, comme contribution pour frais de participation à cette recherche, un montant de 50\$ par couple vous sera accordé pour vos frais de déplacement.

Il est entendu que la participation à cette étude est volontaire. De plus, si vous acceptez de participer à cette recherche, vous pourrez vous retirer en tout temps sans justification ni préjudice.

Notre projet de recherche a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIER) de l'UQAM (secrétariat: service de la recherche et de la création, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre Ville, Qc, H3C 3P8). Il a également reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie du Centre Dollard-Cormier (CERT) (950 de Louvain est, Montréal, Qc, H2M 2E8).

Sachez que toutes questions sur le projet, plaintes ou commentaires peuvent être adressés au responsable du projet, monsieur Gilles Trudel (téléphone: 987-3000 poste 4847). Pour toutes questions sur les responsabilités des chercheurs ou, dans l'éventualité où la plainte ne peut être adressée directement, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du CIER. Vous pouvez adresser vos questions à madame Louise Arvisais au 514-987-3000 poste 7753.

En tenant compte des informations spécifiées dans ce document, j'accepte volontiers de participer à cette recherche.

Date

Nom du conjoint

Signature du conjoint

Coordonnées du conjoint :

Nom de l'expérimentateur : _____

Signature de l'expérimentateur : _____

Formulaire de consentement-conjointe**Titre: Fonctionnement conjugal associé aux jeux de hasard et d'argent**

Dans le cadre d'un projet de recherche de trois ans subventionné par le Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture et dirigé par les docteurs Gilles Trudel et Richard Boyer de l'Université du Québec à Montréal, de l'Université de Montréal et du Centre de Recherche Fernand Séguin, l'objectif est d'étudier le lien existant entre le fonctionnement conjugal et le jeu excessif. Nous voulons savoir si ce lien existe, s'il est fonction de la sévérité du jeu excessif et de l'âge et quelles sont les dimensions de la relation conjugale impliquée dans cette relation.

Nous nous intéressons dans cette étude aux couples dans lesquels un des conjoints participe, à divers degrés, à des jeux de hasard et d'argent. D'autres participants pourront participer à cette étude sans manifester d'intérêt pour ce type d'activité car nous avons également besoin de ce type de participants pour des fins comparatives.

Si vous décidez de participer à cette étude à titre de conjointe d'un participant à cette recherche, vous aurez à répondre à une série de questionnaires mesurant principalement votre fonctionnement conjugal (notamment la satisfaction, la communication et la sexualité dans le couple). D'autres questionnaires complètent ceux sur le couple, notamment des questionnaires sur l'anxiété, la dépression, l'alcoolisme et sur le jeu excessif de même que des questionnaires d'information générale. Au total, il vous faudra environ deux à trois heures pour compléter ces questionnaires, mais vous êtes libre de prendre le temps que vous voulez et cela pourrait durer plus longtemps.

La passation des questionnaires aura lieu au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, mais pourrait aussi avoir lieu dans d'autres centres si cela s'avère plus commode pour les participants à cette recherche. La complétion des questionnaires par le couple se fera séparément. Toutes les données recueillies au cours de cette étude seront conservées de façon anonyme et seront identifiées par un code. De plus, elles seront conservées dans des classeurs sous clef. Les résultats pourront être présentés dans des congrès, colloques ou dans des articles scientifiques, mais il s'agit de résultats globaux de cette recherche et non pas de résultats individuels. Il est entendu que la confidentialité des données recueillies dans cette étude s'applique autant aux participants qu'à leur conjointe. De plus, chacun des conjoints répond séparément et les réponses de chacun ne sont pas connues de l'autre.

Vous participez donc à cette étude à titre de conjointe d'un participant de cette recherche et vous vivez en couple avec lui depuis au moins une année. Vous acceptez, de même que votre conjoint, à répondre à des questionnaires en français.

Les participants à cette étude pourront recevoir gratuitement, suivant leur convenance, une session de formation à la vie de couple qui sera animée par des membres du

laboratoire sur le couple et la sexualité du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et qui durera une journée.

Un autre bénéfice relié à la participation à cette étude est que les participants, en répondant à des questionnaires, peuvent être amenés à réfléchir sur leur vie de couple et tenter de trouver des solutions à des problématiques. Par contre, les sujets peuvent parfois ressentir un inconfort relié aux questions posées dans les questionnaires. Notre équipe est là pour vous aider, pour répondre à vos questions et le cas échéant vous orienter si vous souhaitez entreprendre une démarche conjugale ou personnelle.

Enfin, comme contribution pour frais de participation à cette recherche, un montant de 50\$ par couple vous sera accordé pour vos frais de déplacement.

Il est entendu que la participation à cette étude est volontaire. De plus, si vous acceptez de participer à cette recherche, vous pourrez vous retirer en tout temps sans justification ni préjudice.

Notre projet de recherche a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIER) de l'UQAM (secrétariat: service de la recherche et de la création, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre Ville, Qc, H3C 3P8). Il a également reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie du Centre Dollard-Cormier (CERT) (950 de Louvain est, Montréal, Qc, H2M 2E8).

Sachez que toutes questions sur le projet, plaintes ou commentaires peuvent être adressés au responsable du projet, monsieur Gilles Trudel (téléphone: 987-3000 poste 4847). Pour toutes questions sur les responsabilités des chercheurs où, dans l'éventualité où la plainte ne peut être adressée directement, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du CIER. Vous pouvez adresser vos questions à madame Louise Arvisais au 514-987-3000 poste 7753.

En tenant compte des informations spécifiées dans ce document, j'accepte volontiers de participer à cette recherche.

_____	Coordonnées de la conjointe :
Date	_____
_____	_____
Nom de la conjointe	_____
_____	_____
Signature de la conjointe	

Nom de l'expérimentateur : _____

Signature de l'expérimentateur : _____

APPENDICE G

ENTREVUES ET QUESTIONNAIRES DE L'ÉTUDE

- G. 1 Entrevue téléphonique
- G. 2 South Oaks Gambling Screen (version téléphonique)
- G. 3 Entrevue semi-structurée tirée du questionnaire de l'Enquête Santé Québec
- G. 4 Entrevue diagnostique sur le jeu pathologique
- G. 5 Échelle d'Ajustement Dyadique
- G. 6 Inventaire de Résolution de Problèmes
- G. 7 Brief Michigan Alcoholism Screening Test
- G. 8 Échelle d'Anxiété - IPAT
- G. 9 Inventaire de dépression de Beck, 2^e Éd.

Entrevue téléphonique

Questionnaire de pré-sélection pour l'étude : « Couple et Jeux de Hasard »

N.B. : Écrire lisiblement, en lettres moulées et à la mine.

Date de l'entrevue : ____ / ____ / ____ (jj, mm, aa)

No. de couple : _____ (à l'entrevue in vitro)

Intervieweur/se : _____

Code secret femme : F - _____
sexe - jj mm aa : rang initiales de l'intervieweur

Exemple : F - 26050401VV
 Femme, 26 mai 2004, 1ère entrevue de la journée, VV.

Code secret homme : H - _____
sexe - jj mm aa : rang initiales de l'intervieweur

Le conjoint a exactement le même code, sauf pour le sexe

Groupe d'attribution :

	20 - 54	55 - 75
Non problématiques < 3	1	2
Potentiellement problématiques 3 ou 4	3	4
Probablement problématiques > 5	5	6

1. Quel est le sexe de la personne qui a appelé ou qui a laissé ses coordonnées ?

Femme 1 Homme 2

2. Comment avez-vous entendu parler de notre étude ?

Centre Dollard Cormier	____ / ____ / ____	1
Journaux :		
La Presse	____ / ____ / ____	2
Journal de Montréal	____ / ____ / ____	3
Journal le Bel Âge	____ / ____ / ____	4
Revue		
Le Bel Âge	____ / ____ / ____	5
C.L.S.C.	____ / ____ / ____	6
Clubs d'âge d'or	____ / ____ / ____	7
Autres : _____	____ / ____ / ____	X

3. Renseignements généraux de la femme :

a) Nom : _____	b) Prénom : _____
c) D.D.N. : ____ / ____ / ____	d) Âge : ____ ans
e) No. Domicile : (____) ____ - ____ OK mess. : <input type="checkbox"/>	f) No. Travail (____) ____ - ____
g) No. Cellulaire : (____) ____ - ____	h) Autre tel (____) ____ - ____

i) Adresse

Numéro civique : _____ Rue / avenue : _____
 Appartement : _____ Ville : _____ Code Postal : _____

j) À quel groupe ethnique ou culturel vous identifiez-vous (par exemple : autochtone, québécois, canadien, arabe, grec...) ?

k) Quelle est votre appartenance religieuse actuelle ?

Aucune	1
Catholique romaine	2
Église unie	3
Anglicane	4
Grecque orthodoxe	5
Juive	6
Islamique	7
Autre, précisez : _____	8

4. Renseignements généraux de l'homme :

a) Nom : _____ b) Prénom : _____
 c) D.D.N. : ____ / ____ / ____ d) Âge : ____ ans
 e) No. Domicile : (____) ____ - ____ OK mess. : ☐ f) No. travail (____) ____ - ____
 g) No. Cellulaire : (____) ____ - ____ h) Autre tel (____) ____ - ____

i) Adresse

Numéro civique : _____ Rue / avenue : _____
 Appartement : _____ Ville : _____ Code Postal : _____

j) À quel groupe ethnique ou culturel vous identifiez-vous (par exemple : autochtone, québécois, canadien, arabe, grec...) ?

k) Quelle est votre appartenance religieuse actuelle ?

Aucune	1
Catholique romaine	2
Église unie	3
Anglicane	4
Grecque orthodoxe	5
Juive	6
Islamique	7
Autre, précisez : _____	8

5. Est-ce que vous habitez ensemble présentement ?

Oui 1

Année du début de la cohabitation : _____ mois : _____

(Si oui : passer à la question 6)

Non 2

(Si non : continuer)

5.a) Est-ce que vous avez déjà habité ensemble ?

Oui 1

(Si oui : continuer)

Non 2

(Si non : passer à la question 5c)

5.b) Est-ce que la séparation est due à un problème de jeu ?

Oui 1

(Si oui : passer à la question 6)

Non 2

(Si non : continuer)

5c) Combien de fois vous fréquentez-vous par semaine (avec ou sans activités sexuelles) ?

Deux fois ou moins par semaine

1

Trois fois ou plus par semaine

2

Si deux fois ou moins par semaine : refuser le participant

6. Est-ce que vous prévoyez vous séparer prochainement ?

Oui 1

(Si oui : continuer)

Non 2

(Si non : passer à la question 7)

6a) Si oui, dans combien de temps ?

Dans moins d'une semaine

1

Dans plus d'une semaine mais moins d'un mois

2

Dans plus d'un mois

3

6b) Est-ce que le problème de jeu est la principale raison de cette éventuelle décision ?

Oui 1

Non 2

Si non, préciser la raison de la séparation : _____

S'assurer que la séparation est bien due au problème de jeu, si non, refuser le participant

7. Quel est votre statut civil ?

Marié

Union de fait

Séparé

Divorcé

Célibataire
(en couple)

1

2

3

4

5

Date officielle du statut civil (sauf célibataire) : _____

_____/_____/_____
jj mm aa

8. Quelle est la durée de votre relation conjugale ?

Année du début de la relation : _____ mois : _____

Si la réponse est moins d'un an : refuser le participant**9. Votre partenaire est-il/elle au courant de votre démarche pour participer à cette recherche sur « le Couple et les Jeux de Hasard » ?**

Oui 1 Non 2

10. Votre partenaire serait-il/elle d'accord pour participer à cette recherche ?

Oui 1 Non 2

11. Vous et votre partenaire acceptez-vous de répondre à une série de questionnaires ?

Oui 1 Non 2

12. Vous et votre partenaire, lisez-vous et parlez-vous couramment le français ?

Oui 1 Non 2

13. Aimeriez-vous participer à une journée gratuite d'atelier pour améliorer votre relation de couple ?

Oui 1 Non 2

14. Dès maintenant, seriez-vous prêt(e) à répondre par téléphone à un questionnaire sur les habitudes de jeu ?

Oui 1 Non 2

(Si oui : faire passer le SOGS)

(Si non : passer à la question 14a)

14a) Prendre un r.d.v. avec la personne pour le SOGS téléphonique :

Date du rendez-vous : ____ / ____ / ____ Heure : ____

Disponibilités : _____

15. À quel moment de la journée seriez-vous tous les deux disponibles pour venir répondre aux questionnaires ?

Disponibilités : _____

Date du rendez-vous (s'il y a lieu) : ____ / ____ / ____ Heure : _____

J'aimerais maintenant m'entretenir avec votre partenaire pour vérifier ses disponibilités pour répondre, par téléphone, au questionnaire sur les habitudes de jeu.

16. (*s'adressant au partenaire*) Dès maintenant, seriez-vous prêt(e) à répondre par téléphone à un questionnaire sur les habitudes de jeu?

Oui 1 Non 2

(Si oui : faire passer le SOGS) (Si non : passer à la question 16a)

16a) Si la personne accepte, mais n'est pas disponible présentement ; prendre un r.d.v. avec la personne :

Date du rendez-vous : ____ / ____ / ____ Heure : _____

Disponibilités : _____

**Après avoir fait les 2 SOGS, compléter la page CRITÈRES D'INCLUSION.
Si le couple remplit tous les critères : accepter le couple, sinon : le refuser.**

COMMENTAIRES :

SOGS TÉLÉPHONIQUE



Date de la passation : _____
 (J/M/A)
 Code secret : _____
 No. de couple : _____
 Groupe d'attribution : _____
 Expérimentateur : _____

- 1A. Pendant la dernière année, combien de fois avez-vous joué ou parié de l'argent: "très souvent", "quelques fois", "une fois de temps à autre" ou "jamais"?

Très souvent	Quelques fois	Une fois de temps à autre	Jamais
4	3	2	1

(15)

- 1B. En pensant à différents types de paris et de jeux que certaines personnes pratiquent et que d'autres ne pratiquent pas. (Lire chaque facteur):

Poser les questions "À VIE" en premier. Si la réponse est OUI, poser la question de fréquence "AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS".

	(À VIE)				AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, (Lire les choix)							
	Oui	Non	NSP	NRP	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	À chaque jour	NSP	NRP	
A. Avez-vous déjà acheté des billets de loterie?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(16-17)
B. Êtes-vous déjà allé à un casino?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(18-19)
Si oui, y avez vous joué?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(20-21)
C. Avez-vous déjà joué au bingo (pas la Loto-bingo) pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(22-23)
D. Avez-vous déjà joué aux cartes pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(24-25)

Poser les questions "À VIE" en premier. Si la réponse est OUI, poser la question de fréquence "AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS".

	(À VIE)				AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, (Lire les choix)							
	Oui	Non	NSP	NRP	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	À chaque jour	NSP	NRP	
E. Avez-vous déjà parié aux courses de chevaux, de chiens ou autres animaux?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(26-27)
F. Avez-vous déjà joué au marché boursier, ou sur des marchés à terme?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(28-29)
G. Avez-vous déjà joué aux machines à sous, au vidéo-poker ou à d'autres types de machines?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(30-31)
H. Avez-vous déjà joué aux quilles, au billard, au golf ou à d'autres jeux d'adresse pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(32-33)
I. Avez-vous déjà joué aux dés pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(34-35)
J. Avez-vous déjà parié sur les sports?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	
K. Avez-vous déjà joué à tout autre jeu pour de l'argent? Précisez : _____	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(36-37)

Si NON de A à K alors PAQ 17 (dernière page)

- 2a. En pensant aux différents types de paris que nous venons de mentionner plus haut, quel est le plus gros montant d'argent que vous avez perdu lors d'une seule journée en jouant ou en pariant?

_____ \$ (38-43)

- 2b. Au cours des 12 derniers mois, toujours en pensant aux différents types de paris que nous venons de mentionner plus haut, quel est le plus gros montant d'argent que vous avez perdu lors d'une seule journée en jouant ou en pariant?

_____ \$ (44-49)

Si OUI seulement A et/ou C et le montant est de 1,00\$ ou moins PAQ. 17 (dernière page)

- 3a. Lorsque vous jouez, combien de fois retournez-vous jouer pour vous refaire c'est-à-dire regagner l'argent perdu auparavant? (Lire les choix)

À chaque fois	La plupart du temps	Quelques fois	Jamais	NSP	NRP
4	3	2	1	8	9

(50)

Si JAMAIS, NSP ou NRP alors PAQ 4a

- 3b. Lorsque vous avez joué au cours des 12 derniers mois, combien de fois retournez-vous jouer pour vous refaire c'est-à-dire regagner l'argent perdu auparavant? (Lire les choix)

À chaque fois	La plupart du temps	Quelques fois	Jamais	NSP	NRP
4	3	2	1	8	9

(51)

- 4a. Avez-vous déjà affirmé avoir gagné de l'argent alors qu'en fait vous en aviez perdu?

OUI	NON	NSP	NRP
1	2	8	9

(52)

Si NON, NSP ou NRP alors PAQ. 5

(Si oui) Est-ce que vous l'avez affirmé? (Lire les choix)

À chaque fois	Une fois sur deux	Moins d'une fois sur deux	NSP	NRP
1	2	3	8	9

(53)

- 4b. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous affirmé avoir gagné de l'argent alors qu'en fait vous en aviez perdu?

OUI	NON	NSP	NRP	
1	2	8	9	(54)

Si NON, NSP ou NRP alors PAQ. 5

(Si oui) Est-ce que vous l'avez affirmé? (Lire les choix)

À chaque fois	Une fois sur deux	Moins d'une fois sur deux	NSP	NRP	
1	2	3	8	9	(55)

Pour les prochaines questions veuillez répondre par OUI ou par NON.

- | | O
U
I | N
O
N | N
S
P | N
R
P | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|------|
| 5. Avez-vous déjà joué ou parié plus que vous en aviez l'intention? | 1 | 2 | 8 | 9 | (56) |
| Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? | 1 | 2 | 8 | 9 | (57) |
| 6. Est-ce que des personnes ont déjà critiqué vos habitudes de jeu? | 1 | 2 | 8 | 9 | (58) |
| Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? | 1 | 2 | 8 | 9 | (59) |
| 7. Vous êtes-vous déjà senti coupable à cause de la façon dont vous jouez ou à cause de ce qui se produit lorsque vous jouez? | 1 | 2 | 8 | 9 | (60) |
| Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? | 1 | 2 | 8 | 9 | (61) |
| 8. Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de jouer mais pensiez que vous en étiez incapable? | 1 | 2 | 8 | 9 | (62) |
| Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? | 1 | 2 | 8 | 9 | (63) |
| 9. Avez-vous déjà <u>caché</u> des billets de loterie, de l'argent de jeu ou d'autres signes (de jeu) loin de votre conjoint(e), vos enfants ou d'autres personnes importantes dans votre vie? | 1 | 2 | 8 | 9 | (64) |
| Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? | 1 | 2 | 8 | 9 | (65) |
| 10a. Vous êtes-vous déjà disputé avec des personnes vivant avec vous à propos de la manière dont vous gérez votre argent? | 1 | 2 | 8 | 9 | (66) |

Si NON, NSP ou NRP alors PAQ. 11

O N N N
U O S R
I N P P

10b. Est-ce que ces disputes concernaient vos habitudes de jeu? 1 2 8 9 (67)

Si NON, NSP ou NRP alors PAQ. 11

10c. SI OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (68)

11. Vous êtes-vous déjà absenté de votre travail (ou de l'école) à cause du jeu? 1 2 8 9 (69)

Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (70)

12. Avez-vous déjà emprunté de l'argent pour jouer ou payer des dettes de jeu? 1 2 8 9 (71)

Si NON, NSP ou NRP alors PAQ. 13

(Si OUI) l'argent provenait-il: (Lire les choix)

A. De votre budget familial? 1 2 8 9 (15)

Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (16)

B. De votre conjoint(e)? 1 2 8 9 (17)

Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (18)

C. De parents? 1 2 8 9 (19)

Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (20)

D. De banques ou de compagnies de prêts? 1 2 8 9 (21)

Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (22)

E. De cartes de crédit? 1 2 8 9 (23)

Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (24)

F. De prêts usuriers (Shylocks)? 1 2 8 9 (25)

Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (26)

		O	N	N	N	
		U	O	S	R	
		I	N	P	P	
G.	De vente d'actions, ou de bons d'épargne?	1	2	8	9	(27)
	Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(28)
H.	De vente de propriétés personnelles ou familiales?	1	2	8	9	(29)
	Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(30)
I.	En faisant de faux chèques?	1	2	8	9	(31)
	Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(32)
J.	D'une marge de crédit avec un preneur aux livres (bookmaker)?	1	2	8	9	(33)
	SI OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	
K.	D'une marge de crédit avec un casino?	1	2	8	9	
	SI OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	
13.	Avez-vous déjà emprunté de l'argent et n'avez pas remboursé cet emprunt à cause de votre jeu?	1	2	8	9	
	Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(34)
14.	Est-ce que l'un ou l'autre de vos parents ont ou ont eu un problème de jeu?					
	1 Mes deux parents jouent (ou jouaient) trop					
	2 Mon père joue (ou jouait) trop					
	3 Ma mère joue (ou jouait) trop					
	4 Aucun des deux ne joue (ou ne jouait) trop					
15.	Pensez-vous avoir déjà eu un problème de jeu?	1	2	8	9	(36)
	Si OUI, pensez-vous avoir eu un problème de jeu au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(37)

16. Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à jouer?

③ (Si ne sais pas...demandez approximativement)

88 = NSP
99 = NRP

(38-39)

17 En vous excluant, dans votre foyer, est-ce qu'il y a une personne de 18 ans et plus qui présente un problème de jeu?

OUI	NON	NSP	NRP
1	2	8	9

SI OUI, quel est son lien avec vous? _____

SOGS TÉLÉPHONIQUE

Date de la passation : _____
 Code secret : _____
 No. de couple : _____
 Groupe d'attribution : _____
 Expérimentateur : _____



- 1A. Pendant la dernière année, combien de fois avez-vous joué ou parié de l'argent: "très souvent", "quelques fois", "une fois de temps à autre" ou "jamais"?

Très souvent	Quelques fois	Une fois de temps à autre	Jamais
4	3	2	1

(15)

- 1B. En pensant à différents types de paris et de jeux que certaines personnes pratiquent et que d'autres ne pratiquent pas. (Lire chaque facteur):

Poser les questions "À VIE" en premier. Si la réponse est OUI, poser la question de fréquence "AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS".

	(À VIE)				AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, (Lire les choix)						
	Oui	Non	NSP	NRP	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	À chaque jour	NSP	NRP
A. Avez-vous déjà acheté des billets de loterie?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9
B. Êtes-vous déjà allé à un casino?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9
Si oui, y avez-vous joué?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9
C. Avez-vous déjà joué au bingo (pas la Loto-bingo) pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9
D. Avez-vous déjà joué aux cartes pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9

Poser les questions "À VIE" en premier. Si la réponse est OUI, poser la question de fréquence "AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS".

	(À VIE)				AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, (Lire les choix)							
	Oui	Non	NSP	NRP	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	À chaque jour	NSP	NRP	
E. Avez-vous déjà parié aux courses de chevaux, de chiens ou autres animaux?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(26-27)
F. Avez-vous déjà joué au marché boursier, ou sur des marchés à terme?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(28-29)
G. Avez-vous déjà joué aux machines à sous, au vidéo-poker ou à d'autres types de machines?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(30-31)
H. Avez-vous déjà joué aux quilles, au billard, au golf ou à d'autres jeux d'adresse pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(32-33)
I. Avez-vous déjà joué aux dés pour de l'argent?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(34-35)
J. Avez-vous déjà parié sur les sports?	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	
K. Avez-vous déjà joué à tout autre jeu pour de l'argent? Précisez : _____	1	2	8	9	0	1	2	3	4	8	9	(36-37)

Si NON de A à K alors PAQ 17 (dernière page)

- 2a. En pensant aux différents types de paris que nous venons de mentionner plus haut, quel est le plus gros montant d'argent que vous avez perdu lors d'une seule journée en jouant ou en pariant?

_____ \$ (38-43)

- 2b. Au cours des 12 derniers mois, toujours en pensant aux différents types de paris que nous venons de mentionner plus haut, quel est le plus gros montant d'argent que vous avez perdu lors d'une seule journée en jouant ou en pariant?

_____ \$ (44-49)

Si OUI seulement A et/ou C et le montant est de 1,00\$ ou moins PAQ. 17 (dernière page)

- 3a. Lorsque vous jouez, combien de fois retournez-vous jouer pour vous refaire c'est-à-dire regagner l'argent perdu auparavant? (Lire les choix)

À chaque fois	La plupart du temps	Quelques fois	Jamais	NSP	NRP
4	3	2	1	8	9

(50)

Si JAMAIS, NSP ou NRP alors PAQ 4a

- 3b. Lorsque vous avez joué au cours des 12 derniers mois, combien de fois retournez-vous jouer pour vous refaire c'est-à-dire regagner l'argent perdu auparavant? (Lire les choix)

À chaque fois	La plupart du temps	Quelques fois	Jamais	NSP	NRP
4	3	2	1	8	9

(51)

- 4a. Avez-vous déjà affirmé avoir gagné de l'argent alors qu'en fait vous en aviez perdu?

OUI	NON	NSP	NRP
1	2	8	9

(52)

Si NON, NSP ou NRP alors PAQ. 5

(Si oui) Est-ce que vous l'avez affirmé? (Lire les choix)

À chaque fois	Une fois sur deux	Moins d'une fois sur deux	NSP	NRP
1	2	3	8	9

(53)

- 4b. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous affirmé avoir gagné de l'argent alors qu'en fait vous en aviez perdu?

OUI	NON	NSP	NRP
1	2	8	9

(54)

Si NON, NSP ou NRP alors PAQ. 5

(Si oui) Est-ce que vous l'avez affirmé? (Lire les choix)

À chaque fois	Une fois sur deux	Moins d'une fois sur deux	NSP	NRP
1	2	3	8	9

Pour les prochaines questions veuillez répondre par OUI ou par NON.

- | | | O | N | N | N | |
|------|---|---|---|---|---|------|
| | | U | O | S | R | |
| | | I | N | P | P | |
| 5. | Avez-vous déjà joué ou parié plus que vous en aviez l'intention? | 1 | 2 | 8 | 9 | (56) |
| | Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? | 1 | 2 | 8 | 9 | (57) |
| 6. | Est-ce que des personnes ont déjà critiqué vos habitudes de jeu? | 1 | 2 | 8 | 9 | (58) |
| | Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? | 1 | 2 | 8 | 9 | (59) |
| 7. | Vous êtes-vous déjà senti coupable à cause de la façon dont vous jouez ou à cause de ce qui se produit lorsque vous jouez? | 1 | 2 | 8 | 9 | (60) |
| | Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? | 1 | 2 | 8 | 9 | (61) |
| 8. | Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de jouer mais pensiez que vous en étiez incapable? | 1 | 2 | 8 | 9 | (62) |
| | Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? | 1 | 2 | 8 | 9 | (63) |
| 9. | Avez-vous déjà <u>caché</u> des billets de loterie, de l'argent de jeu ou d'autres signes (de jeu) loin de votre conjoint(e), vos enfants ou d'autres personnes importantes dans votre vie? | 1 | 2 | 8 | 9 | (64) |
| | Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? | 1 | 2 | 8 | 9 | (65) |
| 10a. | Vous êtes-vous déjà disputé avec des personnes vivant avec vous à propos de la manière dont vous gérez votre argent? | 1 | 2 | 8 | 9 | (66) |

Si NON, NSP ou NRP alors PAQ.11

O N N N
U O S R
I N P P

10b. Est-ce que ces disputes concernaient vos habitudes de jeu? 1 2 8 9 (67)

Si NON, NSP ou NRP alors PAQ. 11

10c. SI OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (68)

11. Vous êtes-vous déjà absenté de votre travail (ou de l'école) à cause du jeu? 1 2 8 9 (69)

Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (70)

12. Avez-vous déjà emprunté de l'argent pour jouer ou payer des dettes de jeu? 1 2 8 9 (71)

Si NON, NSP ou NRP alors PAQ. 13

(Si OUI) l'argent provenait-il: (Lire les choix)

A. De votre budget familial? 1 2 8 9 (15)

Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (16)

B. De votre conjoint(e)? 1 2 8 9 (17)

Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (18)

C. De parents? 1 2 8 9 (19)

Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (20)

D. De banques ou de compagnies de prêts? 1 2 8 9 (21)

Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (22)

E. De cartes de crédit? 1 2 8 9 (23)

Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (24)

F. De prêts usuriers (Shylocks)? 1 2 8 9 (25)

Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois? 1 2 8 9 (26)

		O	N	N	N	
		U	O	S	R	
		I	N	P	P	
G.	De vente d'actions, ou de bons d'épargne?	1	2	8	9	(27)
	Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(28)
H.	De vente de propriétés personnelles ou familiales?	1	2	8	9	(29)
	Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(30)
I.	En faisant de faux chèques?	1	2	8	9	(31)
	Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(32)
J.	D'une marge de crédit avec un preneur aux livres (bookmaker)?	1	2	8	9	(33)
	SI OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	
K.	D'une marge de crédit avec un casino?	1	2	8	9	
	SI OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	
13.	Avez-vous déjà emprunté de l'argent et n'avez pas remboursé cet emprunt à cause de votre jeu?	1	2	8	9	
	Si OUI, est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(34)
14.	Est-ce que l'un ou l'autre de vos parents ont ou ont eu un problème de jeu?					
	1 Mes deux parents jouent (ou jouaient) trop					
	2 Mon père joue (ou jouait) trop					
	3 Ma mère joue (ou jouait) trop					
	4 Aucun des deux ne joue (ou ne jouait) trop					
15.	Pensez-vous avoir déjà eu un problème de jeu?	1	2	8	9	(36)
	Si OUI, pensez-vous avoir eu un problème de jeu au cours des 12 derniers mois?	1	2	8	9	(37)

16. Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à jouer?

③ (Si ne sais pas...demandez approximativement)

(38-39)

88 = NSP

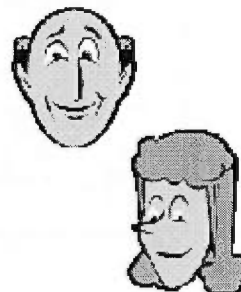
99 = NRP

17 En vous excluant, dans votre foyer, est-ce qu'il y a une personne de 18 ans et plus qui présente un problème de jeu?

OUI	NON	NSP	NRP
1	2	8	9

SI OUI, quel est son lien avec vous? _____

Entrevue In vivo



Date de la passation : _____
(J/M/A)
Code secret femme : _____
Code secret homme : _____
No. de couple : _____
Groupe d'attribution : _____
Expérimentateur : _____

Document confidentiel

Merci de votre collaboration, qui est essentielle à la réussite de cette étude menée par le Fonds Québécois de la Recherche sur la Société et la Culture (FQRSC).

Cette recherche est sous la direction du **Dr Gilles Trudel (Ph.D.)**, professeur et chercheur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et du **Dr Richard Boyer (Ph.D.)**, chercheur au Centre de Recherche Fernand Séguin. Cette étude s'effectue avec la collaboration du **Centre Dollard-Cormier**, spécialiste dans le domaine du traitement des joueurs excessifs.

Pour toutes questions ou commentaires sur l'étude, n'hésitez pas à communiquer avec les coordonnatrices du projet, mesdames Anic Anderson Ph.D. (c) et Vanessa Villeneuve Ph. D. (c).

Instructions :

L'entrevue qui va suivre porte sur différents aspects de votre vie. La première partie se fait en couple et recueille des informations de base sur chacun d'entre vous. Une entrevue individuelle sera ensuite faite avec madame et avec monsieur. Ces deux entrevues individuelles porteront sur votre santé physique et mentale, votre relation de couple et vos habitudes de jeu.

Vous aurez plusieurs choix de réponses et devrez sélectionner la réponse qui vous convient le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Prenez le temps de penser à chaque question avant de répondre.

Répondez à toutes les questions de l'entrevue en pensant à ce qui vous arrive actuellement.

Si vous ne comprenez pas une question, n'hésitez pas à demander des explications supplémentaires.


DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES
Questions à poser aux deux partenaires.

Q1. Avez-vous des enfants nés de votre union ?

Oui 1
Non 2

Q2. Si oui, combien d'enfants avez-vous en, quel est leur sexe, quel âge ont-ils et demeurent-ils avec vous ?

Rang	Sexe	Âge	Cohabitent ✓
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Ces questions portent sur votre statut socio-économique. Rappelez-vous que les données demeurent confidentielles et anonymes.

***Q3. Madame, quel est votre plus haut niveau de scolarité complété ?**

1. ☐ Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle
2. ☐ Première année
3. ☐ Deuxième année
4. ☐ Troisième année
5. ☐ Quatrième année
6. ☐ Cinquième année
7. ☐ Sixième année
8. ☐ Septième année
9. ☐ Huitième année ou secondaire I
10. ☐ Neuvième année ou secondaire II
11. ☐ Dixième année ou secondaire III
12. ☐ Onzième année ou secondaire IV
13. ☐ Douzième année ou secondaire V (posez la Q3a)
14. ☐ Études partielles dans un cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale
15. ☐ Diplôme ou certificat d'études d'un programme technique au cégep, d'une école de métiers, d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale
16. ☐ Diplôme ou certificat d'études d'un programme général au cégep
17. ☐ Études partielles à l'université
18. ☐ Certificat(s) universitaire(s) de 1^{er} cycle acquis
19. ☐ Baccalauréat(s) acquis
20. ☐ Diplôme(s) en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropraxie acquis
21. ☐ Certificat(s) universitaire(s) de 2^{ème} cycle acquis
22. ☐ Maîtrise(s) acquise(s)
23. ☐ Doctorat(s) acquis

***Q3a. Quel est le diplôme d'études secondaires que vous avez obtenu ?**

1. ☐ Un diplôme d'études secondaires générales
2. ☐ Un diplôme d'études secondaires professionnelles
3. ☐ Un diplôme d'études secondaires générales et un diplôme d'études secondaires professionnelles
4. ☐ Ne s'applique pas à sa situation

***Q4. Monsieur, quel est votre plus haut niveau de scolarité complété ?**

1. ☐ Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle
2. ☐ Première année
3. ☐ Deuxième année
4. ☐ Troisième année
5. ☐ Quatrième année
6. ☐ Cinquième année
7. ☐ Sixième année
8. ☐ Septième année
9. ☐ Huitième année ou secondaire I
10. ☐ Neuvième année ou secondaire II
11. ☐ Dixième année ou secondaire III
12. ☐ Onzième année ou secondaire IV
13. ☐ Douzième année ou secondaire V (posez la Q4a)
14. ☐ Études partielles dans un cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale
15. ☐ Diplôme ou certificat d'études d'un programme technique au cégep, d'une école de métiers, d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale
16. ☐ Diplôme ou certificat d'études d'un programme général au cégep
17. ☐ Études partielles à l'université
18. ☐ Certificat(s) universitaire(s) de 1^{er} cycle acquis
19. ☐ Baccalauréat(s) acquis
20. ☐ Diplôme(s) en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropraxie acquis
21. ☐ Certificat(s) universitaire(s) de 2^{ième} cycle acquis
22. ☐ Maîtrise(s) acquise(s)
23. ☐ Doctorat(s) acquis

***Q4a. Quel est le diplôme d'études secondaires que vous avez obtenu ?**

1. ☐ Un diplôme d'études secondaires générales
2. ☐ Un diplôme d'études secondaires professionnelles
3. ☐ Un diplôme d'études secondaires générales et un diplôme d'études secondaires professionnelles
4. ☐ Ne s'applique pas à sa situation

Les questions 5 à 5d s'adressent à madame.

Q5. Madame, quelles sont vos occupations principales ? À l'administrateur : si la personne donne plus d'une réponse, indiquez par une étoile * quelle est l'occupation principale.

Emploi rémunéré	1 (continuer)
Chômage mois : année :	2
Aide sociale mois : année :	3
Études mois : année :	4
Entretien de la maison et/ou soin des enfants mois : année :	5
Retraite mois : année :	6
Sans emploi mois : année :	7
Autres ? Préciser : mois : année :	8

Si la personne est sans emploi rémunéré depuis plus d'un an, PAQ 6

Q5a. Travaillez-vous...

A votre compte	1
Pour un seul employeur	2
Pour plus d'un employeur	3

Q5b. Actuellement, votre emploi est-il... À l'administrateur : si la personne donne plus d'une réponse, indiquez par une étoile * quelle est l'occupation principale.

Un emploi permanent à temps plein	1
Un emploi permanent à temps partiel	2
Un emploi temporaire à durée déterminée (avec date de fin d'emploi)	3
Un emploi temporaire à durée indéterminée (sans date de fin d'emploi)	4
Un autre type d'emploi ? Préciser :	5

Q5c. Poste principal occupé : _____
Poste secondaire occupé : _____

Q5d. Depuis combien de temps occupez-vous votre emploi?

Principal : Année : _____ Mois : _____
 Secondaire : Année : _____ Mois : _____

Les questions 6 à 9 s'adressent à madame.

***Q6. Madame, quel est votre revenu d'emploi individuel pour les 12 derniers mois (avant impôts) ?**

1. ☐ Aucun revenu personnel
2. ☐ 1\$ à 999\$
3. ☐ 1 000\$ à 5 999\$
4. ☐ 6 000\$ à 11 999\$
5. ☐ 12 000\$ à 19 999\$
6. ☐ 20 000\$ à 24 999\$
7. ☐ 25 000\$ à 29 999\$
8. ☐ 30 000\$ à 34 999\$
9. ☐ 35 000\$ à 39 999\$
10. ☐ 40 000\$ à 44 999\$
11. ☐ 45 000\$ à 49 999\$
12. ☐ 50 000\$ à 74 999\$
13. ☐ 75 000\$ à 99 999\$
14. ☐ 100 000\$ et plus

***Q7. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge ?**

1. ☐ Je me considère à l'aise financièrement
2. ☐ Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille
3. ☐ Je me considère pauvre
4. ☐ Je me considère très pauvre

***Q8. Depuis combien de temps vous percevez-vous dans cette situation ?**

1. ☐ Moins d'un an
2. ☐ Entre 1 et 4 ans
3. ☐ Entre 5 et 9 ans
4. ☐ 10 ans et plus

***Q9. Croyez-vous que votre situation financière va s'améliorer ?**

1. ☐ Oui, dans un proche avenir
2. ☐ Oui, je ne sais pas quand, mais j'ai l'espoir que ça va s'améliorer
3. ☐ Non, je ne crois pas que ça va changer
4. ☐ Non, je crois que ça va empirer

Les questions 10 à 10d s'adressent à monsieur.

Q10. Monsieur, quelles sont vos occupations principales ? À l'administrateur : si la personne donne plus d'une réponse, indiquez par une étoile * quelle est l'occupation principale.

Emploi rémunéré	1 (continuer)
Chômage mois : année :	2
Aide sociale mois : année :	3
Études mois : année :	4
Entretien de la maison et/ou soin des enfants mois : année :	5
Retraite mois : année :	6
Sans emploi mois : année :	7
Autres ? Préciser : mois : année :	8

Si la personne est sans emploi rémunéré depuis plus d'un an, PAQ 11

Q10a. Travaillez-vous...

À votre compte	1
Pour un seul employeur	2
Pour plus d'un employeur	3

Q10b. Actuellement, votre emploi est-il... À l'administrateur : si la personne donne plus d'une réponse, indiquez par une étoile * quelle est l'occupation principale.

Un emploi permanent à temps plein	1
Un emploi permanent à temps partiel	2
Un emploi temporaire à durée déterminée (avec date de fin d'emploi)	3
Un emploi temporaire à durée indéterminée (sans date de fin d'emploi)	4
Un autre type d'emploi ? Préciser :	5

Q10c. Poste principal occupé : _____
Poste secondaire occupé : _____

Q10d. Depuis combien de temps occupez-vous votre emploi ?

Principal : Année : _____ Mois : _____
 Secondaire : Année : _____ Mois : _____

Les questions 11 à 14 s'adressent à monsieur.

***Q11. Monsieur, quel est votre revenu d'emploi individuel pour les 12 derniers mois (avant impôts) ?**

1. ☐ Aucun revenu personnel
2. ☐ 1\$ à 999\$
3. ☐ 1 000\$ à 5 999\$
4. ☐ 6 000\$ à 11 999\$
5. ☐ 12 000\$ à 19 999\$
6. ☐ 20 000\$ à 24 999\$
7. ☐ 25 000\$ à 29 999\$
8. ☐ 30 000\$ à 34 999\$
9. ☐ 35 000\$ à 39 999\$
10. ☐ 40 000\$ à 44 999\$
11. ☐ 45 000\$ à 49 999\$
12. ☐ 50 000\$ à 74 999\$
13. ☐ 75 000\$ à 99 999\$
14. ☐ 100 000\$ et plus

***Q12. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge ?**

1. ☐ Je me considère à l'aise financièrement
2. ☐ Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille
3. ☐ Je me considère pauvre
4. ☐ Je me considère très pauvre

***Q13. Depuis combien de temps vous percevez-vous dans cette situation ?**

1. ☐ Moins d'un an
2. ☐ Entre 1 et 4 ans
3. ☐ Entre 5 et 9 ans
4. ☐ 10 ans et plus

***Q14. Croyez-vous que votre situation financière va s'améliorer ?**

1. ☐ Oui, dans un proche avenir
2. ☐ Oui, je ne sais pas quand, mais j'ai l'espoir que ça va s'améliorer
3. ☐ Non, je ne crois pas que ça va changer
4. ☐ Non, je crois que ça va empirer

L'administrateur demande à monsieur de sortir de la pièce pour faire l'entrevue avec madame.

**SECTION A : SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE**

Ces questions portent sur votre bien-être physique et psychologique et celui de votre conjoint

Q15. En général, comment percevez-vous votre santé physique ?

1. ☐ Excellente
2. ☐ Très bonne
3. ☐ Bonne
4. ☐ Passable
5. ☐ Mauvaise

Q16. En général, comment percevez-vous la santé physique de votre conjoint ?

1. ☐ Excellente
2. ☐ Très bonne
3. ☐ Bonne
4. ☐ Passable
5. ☐ Mauvaise

Q17. En général, comment percevez-vous votre santé psychologique ?

1. ☐ Excellente
2. ☐ Très bonne
3. ☐ Bonne
4. ☐ Passable
5. ☐ Mauvaise

Q18. En général, comment percevez-vous la santé psychologique de votre conjoint ?

1. ☐ Excellente
2. ☐ Très bonne
3. ☐ Bonne
4. ☐ Passable
5. ☐ Mauvaise

Q19. Madame, prenez-vous des médicaments ?

Oui 1
Non 2

Q19a. Si oui, pourriez-vous me dire lesquels, en quelle quantité (posologie) et pour quel problème ?

Médec.	Nom	Posologie	Raison/trouble
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Q20. Au cours des douze derniers mois, avez-vous consommée de la drogue sans prescription ou ordonnance, comme par exemple :

	Oui	Non
Marijuana, hachich, pot, grass	1	2
Amphétamines, stimulants, speed, ecstasy	1	2
Cocaïne, crack, free base,	1	2
Héroïne, smack, morphine	1	2
LSD, acide, mescaline, champignon (mush)	1	2

Q21. Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris certaines substances comme par exemple des tranquillisants, somnifères, sédatifs, sans prescription ou ordonnance ?

Oui 1
Non 2

Q21a. Si oui, lesquels?

Subs.	Nom	Posologie	Raison/trouble
1			
2			

SECTION B : DONNÉES SUR LA RELATION CONJUGALE ET LES HABITUDES DE JEU
--

Les questions qui suivent portent sur votre vie conjugale et vos habitudes de jeu.

Q22. Madame, tout au long de votre vie, combien de relations significatives avec cohabitation avez-vous connues, excluant celle-ci ?

Q22a. Quelle a été la durée de chacune d'entre elles ?

1^{ère} : _____ 2^{ème} : _____ 3^{ème} : _____

Q22b. Avez-vous eu des enfants lors de ces relations significatives, si oui, combien?

1^{ère} : _____ 2^{ème} : _____ 3^{ème} : _____

Q22c. Si oui, quel est leur sexe, quel âge ont-ils et demeurent-ils avec vous ?

Union (1 - 2 - 3)	Sexe	Age	Cohabitent ✓

Q23. Comment qualifiez-vous votre degré de satisfaction par rapport à votre relation de couple actuellement ?

1. ☐ Excellent
2. ☐ Très bon
3. ☐ Bon
4. ☐ Passable
5. ☐ Mauvais

Q24. Comment pensez-vous que votre conjoint qualifie son degré de satisfaction par rapport à votre relation de couple actuellement ?

1. ☐ Excellent
2. ☐ Très bon
3. ☐ Bon
4. ☐ Passable
5. ☐ Mauvais

Q25. Comment qualifiez-vous votre degré de satisfaction par rapport à la qualité de la communication dans votre couple actuellement ?

1. ☐ Excellent
2. ☐ Très bon
3. ☐ Bon
4. ☐ Passable
5. ☐ Mauvais

Q26. Comment pensez-vous que votre conjoint qualifie son degré de satisfaction par rapport à la qualité de la communication dans votre couple actuellement ?

1. ☐ Excellent
2. ☐ Très bon
3. ☐ Bon
4. ☐ Passable
5. ☐ Mauvais

Q27 Êtes-vous actuellement en thérapie pour un problème personnel ?

Oui 1
Non 2

Q27 a) Si oui, qui avez-vous consulté, pour quel problème, depuis combien de temps ?

Problème	Type de professionnel	Depuis combien de temps	Nb de séances

Q28. Par le passé, avez-vous déjà consulté pour un problème personnel ?

Oui 1
Non 2

Q28. a) Si oui, qui aviez-vous consulté, pour quel problème, pendant combien de temps ?

Problème	Type de professionnel	Pendant combien de temps	Nb de séances

GESTION DES CONFLITS

Q29. Quels sont les sujets de désaccords les plus fréquents dans votre couple ? Vous devez me répondre par oui ou par non.

- a. Routine quotidienne
- b. Loisirs
- c. Sorties
- d. Habitudes de jeu
- e. Vacances
- f. Finances
- g. Tâches ménagères
- h. Amis
- i. Famille
- j. Enfants
- k. Valeurs personnelles
- l. Traits de caractère
- m. Prises de décision
- n. Communication
- o. Manifestations de l'affection
- p. Sexualité
- q. Planification de la retraite
- r. Autres, précisez : _____

Q30. Comment réglez-vous en général vos désaccords ? (possibilité de plus d'une réponse)

- a. Je cède
- b. Mon conjoint cède
- c. On arrive à un compromis satisfaisant pour les deux
- d. On évite des désaccords
- e. Celui qui lève la voix ou qui parle le plus gagne
- f. Chacun boude de son côté et au bout de quelques jours, la question est oubliée

Q31. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant extrêmement insatisfaite et 10 extrêmement satisfaite, à quel point êtes vous satisfaite de la façon dont vous et votre partenaire gérez vos conflits ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VIE SEXUELLE

Q32. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant extrêmement insatisfaite et 10 extrêmement satisfaite, à quel point êtes-vous satisfaite de la fréquence de vos activités sexuelles ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q33. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant extrêmement insatisfaite et 10 extrêmement satisfaite, à quel point êtes-vous satisfaite de la qualité de vos rapports sexuels ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q34. D'après vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la qualité de vos rapports sexuels ? (Par exemple, plus de romantisme, de variété ou de préliminaires, etc.)

Q35. Quelle est la période de votre vie commune au cours de laquelle vous avez été le plus satisfaite de votre vie sexuelle ?

Q35a. Qu'est-ce qui a contribué (ou contribue) à cette satisfaction ?

Q36. Avec votre partenaire actuel, avez-vous déjà eu une relation extra-conjugale ?

a. Oui, par le passé. Précisez : _____

b. Oui, actuellement. Précisez : _____

c. Non

Q37. Selon vous, avez-vous un problème de jeu (« jouer de façon excessive ») présentement (même si vous n'avez pas joué depuis un certain temps)?

1. ☐ Oui (posez 37a, 37b, 37c et 37d)
2. ☐ Non

Q37a. (SI OUI) Quand ce problème de jeu (« jouer de façon excessive ») a-t-il débuté ?

Depuis : Mois _____ Année _____

Q37b Selon vous, comment ce problème de jeu a débuté, pourquoi avez-vous commencé à jouer ?

Q37c. (SI OUI) Quel est le degré de sévérité de votre problème de jeu ?

1. ☐ Faible
2. ☐ Modéré
3. ☐ Sévère

Q37d. (SI OUI) À quel type de jeu vous adonnez-vous le plus souvent ?

Q38. Est-ce que certaines personnes de votre entourage pensent que vous avez un problème de jeu ?

1. ☐ Oui (posez 38a)
2. ☐ Non

Q38a. (SI OUI) Selon vous, pourquoi ces personnes pensent que vous avez un problème de jeu ?

Q39. Pensez-vous que votre conjoint a un problème de jeu ?

1. ☐ Oui (posez 39a, 39b et 39c)
2. ☐ Non

Q39a. (SI OUI) Selon vous, quand les problèmes de jeu de votre conjoint ont-ils débutés ?

Depuis : Mois _____ Année _____

Autre : _____

Q39b. Quelle est votre perception du degré de sévérité du problème de jeu de votre conjoint ?

1. ☐ Faible
2. ☐ Modéré
3. ☐ Sévère

Q39c. (SI OUI) À quel type de jeu votre conjoint s'adonne-t-il le plus souvent ?

Q40. Est-ce que certaines personnes de votre entourage pensent que votre conjoint a un problème de jeu ?

1. ☐ Oui (posez 40a)
2. ☐ Non

Q40a. (SI OUI) Selon vous, pourquoi ces personnes pensent que votre conjoint a un problème de jeu ?

Q41. Avez-vous des problèmes de couple présentement ?

1. ☐ Oui (posez 41a et 41b) Nature des problèmes :

2. ☐ Non (PAQ 42)

Q41a. (SI OUI) Quand ces problèmes de couple ont-ils débutés ?

Depuis : Mois

 Année

Q41b. Selon vous, à quoi vos problèmes de couple sont-ils attribuables (*possibilité de plus d'une réponse*) :

1. ☐ À votre problème de jeu (posez Q41c)
2. ☐ Au problème de jeu de votre conjoint (posez Q41c)
3. ☐ Vos problèmes de couple ne sont pas liés au problème de jeu (posez Q41c)
4. ☐ Autres (précisez)

Q41c. Pensez-vous que :

1. ☐ Le problème de jeu (le vôtre ou celui de votre conjoint) est survenu avant les problèmes de couple
2. ☐ Le problème de jeu (le vôtre ou celui de votre conjoint) est survenu après les problèmes de couple
3. ☐ Les deux sont survenus simultanément (problème de jeu et problèmes de couple en même temps)

Q 42. Avez-vous déjà eu des problèmes de couple dans le passé ?

1. ☐ Oui (posez 42a et 42b)
2. ☐ Non

Q42a. (SI OUI) Vos problèmes de couple étaient-ils dus à :

1. ☐ Votre problème de jeu
2. ☐ Au problème de jeu de votre conjoint
3. ☐ Ni l'un ni l'autre car aucun de vous deux n'a déjà eu de problème de jeu
4. ☐ Autres (précisez)

Q42b. Comment avez-vous réglé vos problèmes de couple ?

Q43. Y a-t-il d'autres choses que nous n'avons pas abordé et que vous croyez qu'il serait utile pour nous de connaître?

L'administrateur demande à madame de sortir afin de faire l'entrevue avec monsieur.

Commentaires :

**SECTION A : SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE**

Ces questions portent sur votre bien-être physique et psychologique et celui de votre conjointe

Q44. En général, comment percevez-vous votre santé physique ?

- 6. ☐ Excellente
- 7. ☐ Très bonne
- 8. ☐ Bonne
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvaise

Q45. En général, comment percevez-vous la santé physique de votre conjointe ?

- 6. ☐ Excellente
- 7. ☐ Très bonne
- 8. ☐ Bonne
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvaise

Q46. En général, comment percevez-vous votre santé psychologique ?

- 6. ☐ Excellente
- 7. ☐ Très bonne
- 8. ☐ Bonne
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvaise

Q47. En général, comment percevez-vous la santé psychologique de votre conjointe ?

- 6. ☐ Excellente
- 7. ☐ Très bonne
- 8. ☐ Bonne
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvaise

Q48. Monsieur, prenez-vous des médicaments ?

Oui 1
Non 2

Q48a. Si oui, pourriez-vous me dire lesquels, en quelle quantité (posologie) et pour quel problème ?

Médic.	Nom	Posologie	Raison/trouble
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Q49. Au cours des douze derniers mois, avez-vous consommée de la drogue sans prescription ordonnance, comme par exemple :

	Oui	Non
Marijuana, hachisch, pot, grass	1	2
Amphétamines, stimulants, speed, ecstasy	1	2
Cocaïne, crack, free base,	1	2
Héroïne, smack, morphine	1	2
LSD, acide, mescaline, champignon (mush)	1	2

Q50. Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris certaines substances comme par exemple des tranquillisants, somnifères, sédatifs, sans prescription ou ordonnance ?

Oui 1
Non 2

Q50a. Si oui, lesquels?

Subs..	Nom	Posologie	Raison/trouble
1			
2			

SECTION B : DONNÉES SUR LA RELATION CONJUGALE ET LES HABITUDES DE JEU
--

Les questions qui suivent portent sur votre vie conjugale et vos habitudes de jeu.

Q51. Monsieur, tout au long de votre vie, combien de relations significatives avec cohabitation avez-vous connues (excluant celle-ci) ?

Q51a. Quelle a été la durée de chacune d'entre elles ?

1^{ère} : _____ 2^{ième} : _____ 3^{ième} : _____

Q51b. Avez-vous eu des enfants lors de ces relations significatives, si oui, combien?

1^{ère} : _____ 2^{ième} : _____ 3^{ième} : _____

Q51c. Si oui, quel est leur sexe, quel âge ont-ils et demeurent-ils avec vous ?

Union (1 – 2 – 3)	Sexe	Age	Cohabitent ✓

Q52. Comment qualifiez-vous votre degré de satisfaction par rapport à votre relation de couple actuellement ?

- 6. ☐ Excellent
- 7. ☐ Très bon
- 8. ☐ Bon
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvais

Q53. Comment pensez-vous que votre conjointe qualifie son degré de satisfaction par rapport à votre relation de couple actuellement ?

- 6. ☐ Excellent
- 7. ☐ Très bon
- 8. ☐ Bon
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvais

Q54. Comment qualifiez-vous votre degré de satisfaction par rapport à la qualité de la communication dans votre couple actuellement ?

- 6. ☐ Excellent
- 7. ☐ Très bon
- 8. ☐ Bon
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvais

Q55. Comment pensez-vous que votre conjointe qualifie son degré de satisfaction par rapport à la qualité de la communication dans votre couple actuellement ?

- 6. ☐ Excellent
- 7. ☐ Très bon
- 8. ☐ Bon
- 9. ☐ Passable
- 10. ☐ Mauvais

Q56 Êtes-vous actuellement en thérapie pour un problème personnel ?

- Oui 1
- Non 2

Q56 a) Si oui, qui avez-vous consulté, pour quel problème, depuis combien de temps ?

Problème	Type de professionnel	Depuis combien de temps	Nb de séances

Q57. Par le passé, avez-vous déjà consulté pour un problème personnel ?

- Oui 1
- Non 2

Q57. a) Si oui, qui aviez-vous consulté, pour quel problème, pendant combien de temps ?

Problème	Type de professionnel	Pendant combien de temps	Nb de séances

GESTION DES CONFLITS

Q58. Quels sont les sujets de désaccords les plus fréquents dans votre couple ? Vous devez me répondre par oui ou par non.

- a. Routine quotidienne
- b. Loisirs
- c. Sorties
- d. Habitudes de jeu
- e. Vacances
- f. Finances
- g. Tâches ménagères
- h. Amis
- i. Famille
- j. Enfants
- k. Valeurs personnelles
- l. Traits de caractère
- m. Prises de décision
- n. Communication
- o. Manifestations de l'affection
- p. Sexualité
- q. Planification de la retraite
- r. Autres, précisez : _____

Q59. Comment réglez-vous en général vos désaccords ? (possibilité de plus d'une réponse)

- a. Je cède
- b. Ma conjointe cède
- c. On arrive à un compromis satisfaisant pour les deux
- d. On évite des désaccords
- e. Celui qui lève la voix ou qui parle le plus gagne
- f. Chacun boude de son côté et au bout de quelques jours, la question est oubliée

Q60. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant extrêmement insatisfait et 10 extrêmement satisfait, à quel point êtes vous satisfait de la façon dont vous et votre partenaire gérez vos conflits ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VIE SEXUELLE

Q61. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant extrêmement insatisfait et 10 extrêmement satisfait, à quel point êtes-vous satisfait de la fréquence de vos activités sexuelles ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q62. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant extrêmement insatisfait et 10 extrêmement satisfait, à quel point êtes-vous satisfait de la qualité de vos rapports sexuels ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q63. D'après vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la qualité de vos rapports sexuels ? (Par exemple, plus de romantisme, de variété ou de préliminaires, etc.)

Q64. Quelle est la période de votre vie commune au cours de laquelle vous avez été le plus satisfait de votre vie sexuelle ?

Q64a. Qu'est-ce qui a contribué (ou contribue) à cette satisfaction ?

Q65. Avec votre partenaire actuel, avez-vous déjà eu une relation extra-conjugale ?

- a. Oui, par le passé. Précisez : _____
- b. Oui, actuellement. Précisez : _____
- c. Non

Q66. Selon vous, avez-vous un problème de jeu (« jouer de façon excessive ») présentement (même si vous n'avez pas joué depuis un certain temps) ?

1. ☐ Oui (posez 66a, 66b, 66c et 66d)
2. ☐ Non

Q66a. (SI OUI) Quand ce problème de jeu (« jouer de façon excessive ») a-t-il débuté ?

Depuis : Mois _____ Année _____

Q66b Selon vous, comment ce problème de jeu a débuté, pourquoi avez-vous commencé à jouer ?

Q66c. (SI OUI) Quel est le degré de sévérité de votre problème de jeu ?

1. Faible
2. Modéré
3. Sévère

Q66d. (SI OUI) À quel type de jeu vous adonnez-vous le plus souvent ?

Q67. Est-ce que certaines personnes de votre entourage pensent que vous avez un problème de jeu ?

1. ☐ Oui (posez 67a)
2. ☐ Non

Q67a. (SI OUI) Selon vous, pourquoi ces personnes pensent que vous avez un problème de jeu ?

Q68. Pensez-vous que votre conjointe a un problème de jeu ?

1. ☐ Oui (posez 68a, 68b et 68c)
2. ☐ Non

Q68a. (SI OUI) Selon vous, quand les problèmes de jeu de votre conjointe ont-ils débutés ?

Depuis : Mois _____ Année _____

Autre : _____

Q68b. Quelle est votre perception du degré de sévérité du problème de jeu de votre conjointe ?

1. ☐ Faible
2. ☐ Modéré
3. ☐ Sévère

Q68c. (SI OUI) À quel type de jeu votre conjointe s'adonne-t-elle le plus souvent ?

Q69. Est-ce que certaines personnes de votre entourage pensent que votre conjointe a un problème de jeu ?

1. ☐ Oui (posez 69a)
2. ☐ Non

Q69a. (SI OUI) Selon vous, pourquoi ces personnes pensent que votre conjointe a un problème de jeu ?

Q70. Avez-vous des problèmes de couple présentement ?

1. ☐ Oui (posez 70a et 70b) Nature des problèmes :

2. ☐ Non (PAQ 71)

Q70a. (SI OUI) Quand ces problèmes de couple ont-ils débutés ?

Depuis : Mois _____ Année _____

Q70b. Selon vous, à quoi vos problèmes de couple sont-ils attribuables (*possibilité de plus d'une réponse*):

1. ☐ À votre problème de jeu (posez Q70c)
2. ☐ Au problème de jeu de votre conjointe (posez Q70c)
3. ☐ Vos problèmes de couple ne sont pas liés au problème de jeu (posez Q70c)
4. ☐ Autres (précisez)

Q70c. Pensez-vous que :

1. ☐ Le problème de jeu (le vôtre ou celui de votre conjointe) est survenu avant les problèmes de couple
2. ☐ Le problème de jeu (le vôtre ou celui de votre conjointe) est survenu après les problèmes de couple
3. ☐ Les deux sont survenus simultanément (problème de jeu et problèmes de couple en même temps)

Q 71. Avez-vous déjà eu des problèmes de couple dans le passé ?

1. ☐ Oui (posez 71a et 71b)
2. ☐ Non

Q71a. (SI OUI) Vos problèmes de couple étaient-ils dus à :

1. ☐ Votre problème de jeu
2. ☐ Au problème de jeu de votre conjointe
3. ☐ Ni l'un ni l'autre car aucun de vous deux n'a déjà eu de problème de jeu
4. ☐ Autres (précisez)

Q71b. Comment avez-vous réglé vos problèmes de couple ?

Q72. Y a-t-il d'autres choses que nous n'avons pas abordé et que vous croyez qu'il serait utile pour nous de connaître?

Commentaires :

*Ces questions sont tirées et adaptées du questionnaire de Santé Québec sur les renseignements socio-démographiques.
Questionnaire créé par Anic Anderson Ph.D.(c), Vanessa Villeneuve Ph.D.(c) et Pascale Harvey Ph.D.(c).

Numéro de couple :
Groupe d'attribution :
Code secret :

Questionnaire basé sur les critères diagnostiques du DSM-IV

(Ladouceur, Sylvain, Boutin et Doucet, 2000)

À l'interviewer : Vous devez lire chacun des critères tels qu'ils sont écrits ici. Après une première lecture, si la personne ne comprend pas bien, vous pouvez reformuler l'item afin qu'il soit bien compris. Pour chacun des 10 critères du DSM-IV, vous devez pouvoir dire clairement si OUI ou NON la personne rencontre le critère. En cas de doute, posez davantage de sous-questions. Certains comportements de jeu tels que l'augmentation de la mise (Q2) et le désir de se refaire (Q6) sont typiques à la problématique. Si la personne répond non à ces critères, il serait donc important de contre-vérifier la réponse.

1. Vous arrive-t-il d'être préoccupé(e) par le jeu (par exemple, préoccupation par le rappel d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines ou par des moyens de se procurer de l'argent pour jouer) ?

OUI _____

NON _____

2. Avez-vous besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré ?

Si la personne ne comprend pas : Êtes-vous porté à augmenter votre mise ou vous en tenez-vous toujours à des mises minimales ?

OUI _____

NON _____

3. Avez-vous déjà fait des efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu ?

OUI _____

NON _____

- 3.1. Quelle(s) manière(s), truc(s) ou stratégie(s) avez-vous utilisé(s) ?

4. Avez-vous ressenti de l'agitation ou de l'irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de jeu ?

OUI _____ NON _____

Même si la personne a répondu NON à la Q4, il faut poser cette question.

4.1 Lorsque vous êtes en train de jouer et qu'il y a impossibilité pour vous de continuer à jouer pour toutes sortes de raisons (fermeture de l'établissement, rendez-vous, n'a plus d'argent, etc.), ressentez-vous alors de l'agitation, de l'irritabilité ou de l'impatience ?

OUI _____ NON _____

4.2. Si OUI, quelle est l'intensité de cette agitation ou irritabilité ?

0	1	2	3	4	5
Nulle	Très légère	Légère	Moyenne	Sévère	Très sévère

5. Est-ce que vous jouez pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (par exemple : des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression) ?

OUI _____ NON _____

6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retournez-vous souvent jouer un autre jour pour recouvrer vos pertes (pour «vous refaire») ?

OUI _____ NON _____

7. Vous arrive-t-il de mentir à votre famille, à votre thérapeute ou à d'autres personnes pour dissimuler l'ampleur réelle de vos habitudes de jeu ?

OUI _____ NON _____

8. Avez-vous commis des actes illégaux tels que falsifications, fraudes, vols ou détournements d'argent pour financer la pratique du jeu ?

OUI _____ NON _____

8.1. Si OUI, à quand remonte la dernière fois ? _____

8.2. Quel(s) acte(s) illégal(aux) et combien de fois ?

	Nombre de fois	
Faux chèques	_____	_____
Fraudes	_____	_____
Vols	_____	_____
Détournement de fonds	_____	_____
Autre (spécifiez) : _____	_____	_____

9. Avez-vous mis en danger ou perdu une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu ?

OUI _____ NON _____

9.1. Si OUI, à quand remonte la dernière fois ? _____

9.2. Il s'agit... ?

Relations familiales _____
 Relations conjugales _____
 Relations de travail _____
 Emploi _____
 Relations amicales _____
 Études _____

10. Comptez-vous sur les autres pour obtenir de l'argent et vous sortir de situations financières désespérées dues au jeu ?

OUI _____ NON _____

10.1. Si OUI, à quand remonte la dernière fois ? _____

Date de l'entrevue: _____ / _____ / _____
 Jour mois année

Intervieweur : _____
 Prénom et nom en lettres moulées

Commentaires:

Tiré de Ladouceur, Sylvain, Boutin et Doucet. *La jeu excessif: comprendre et vaincre le gambling*, p. 251, 2000.
 Adapté par Pascale Harvey et Geneviève Pilon, Laboratoire sur le couple et la sexualité, Université du Québec à Montréal, avril 2004.

Volet couple**EAD**

(Spanier, 1976 ; traduit et adapté par Boisvert, 1984)

La plupart des couples vivent des désaccords. Veuillez indiquer, en faisant un X dans l'espace approprié, le degré approximatif d'accord ou de désaccord entre vous et votre partenaire dans les domaines suivants.

S.V.P. n'omettez aucun item.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
1. Le budget familial	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. Les loisirs	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3. La religion	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4. Les marques d'affection	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5. Les amis	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6. Les relations sexuelles	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7. Les conventions sociales	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8. La philosophie de la vie	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9. Les façons d'agir avec les parents ou les beaux-parents	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10. Les objectifs, les buts et ce qu'on trouve important dans la vie	_____	_____	_____	_____	_____	_____
11. La quantité de temps passé ensemble	_____	_____	_____	_____	_____	_____
12. Les prises de décision importantes	_____	_____	_____	_____	_____	_____

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
13. Les tâches ménagères	_____	_____	_____	_____	_____	_____
14. Les intérêts et les activités pendant les temps libres	_____	_____	_____	_____	_____	_____
15. Les décisions à propos du travail	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
16. A quelle fréquence avez-vous discuté ou avez-vous pensé au divorce, à la séparation ou à terminer votre relation?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
17. A quelle fréquence vous ou votre partenaire quittez-vous la maison après une dispute?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
18. En général, à quelle fréquence pensez-vous que ça va bien entre vous et votre partenaire?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
19. Vous confiez-vous à votre partenaire?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
20. Vous arrive-t-il de regretter de vous être marié(e) (ou de vivre ensemble)?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
21. A quelle fréquence vous disputez-vous avec votre partenaire?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
22. A quelle fréquence vous et votre partenaire vous "tapez-vous sur les nerfs"?	_____	_____	_____	_____	_____	_____

	A chaque jour	Presqu'à chaque jour	À l'occasion	Rarement	Jamais
23. Embrassez-vous votre partenaire?	_____	_____	_____	_____	_____
	Tous	Presque tous	Quelques- uns	Très peu	Aucun
24. Avez-vous des intérêts communs à l'extérieur de la maison?	_____	_____	_____	_____	_____

D'après vous, quelle est la fréquence des situations suivantes dans votre couple?

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus d'une fois par jour
25. Avoir un échange d'idées stimulant	_____	_____	_____	_____	_____	_____
26. Rire ensemble	_____	_____	_____	_____	_____	_____
27. Discuter calmement	_____	_____	_____	_____	_____	_____
28. Travailler ensemble à un projet	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Voici quelques situations où les couples sont parfois d'accord et parfois en désaccord. Indiquez si, oui ou non, ces items ont causé des différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation pendant les dernières semaines.

	Oui	Non	
29.	_____	_____	Etre trop fatigué(e) pour avoir des relations sexuelles
30.	_____	_____	Ne pas manifester d'affection

31. Les points de la ligne suivante représentent différents degrés de bonheur dans votre relation. Le point central "heureux" représente le degré de bonheur que l'on retrouve dans la plupart des relations. Veuillez encircler le point qui décrit le mieux le degré de bonheur dans votre relation, considérée globalement.

•	•	•	•	•	•	•
Extrême- ment malheu- reux	Passa- blement malheu- reux	Un peu malheu- reux	Heureux	Très heureux	Extrême- ment heureux	Parfai- tement heureux

32. Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux ce que vous ressentez en rapport avec l'avenir de votre relation:

- _____ Je veux désespérément que ma relation réussisse et je ferais tout pour cela.
- _____ Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.
- _____ Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai ma juste part pour cela.
- _____ Ce serait bien si ma relation réussissait et je peux faire beaucoup plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- _____ Ce serait bien si ma relation réussissait, mais je refuse de faire plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- _____ Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux plus rien y faire.

IRP

(Heppner et Peterson, 1982 ; traduit et adapté par Laporte, Sabourin et Wright, 1988)

Lisez chaque énoncé et indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord avec cet énoncé. Utilisez un des choix suivants en encerclant le chiffre correspondant à votre réponse.

Fortement en accord 1	Modérément en accord 2	Légèrement en accord 3	Légèrement en désaccord 4	Modérément en désaccord 5	Fortement en désaccord 6
-----------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

- 1- Lorsque l'application d'une solution à un problème n'a pas été couronnée de succès, je ne vérifie pas pourquoi elle a échoué.

1 2 3 4 5 6

- 2- Lorsque je suis confronté(e) à un problème complexe, je ne prends pas la peine de développer une stratégie pour recueillir des informations de manière à ce que je puisse définir exactement quel est le problème.

1 2 3 4 5 6

- 3- Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, je doute de ma capacité à maîtriser une situation.

1 2 3 4 5 6

- 4- Après avoir résolu un problème, je n'analyse pas ce qui a bien fonctionné et ce qui a mal fonctionné.

1 2 3 4 5 6

- 5- Je suis habituellement capable de penser à des manières créatives et efficaces de résoudre un problème.

1 2 3 4 5 6

- 6- Après avoir essayé de résoudre un problème en adoptant une certaine ligne de conduite, je prends le temps de comparer les résultats obtenus aux résultats que j'avais anticipés.

1 2 3 4 5 6

- 7- Quelque soit le problème, j'énumère autant de solutions possibles pour le résoudre jusqu'à ce que j'aie épuisé toutes mes idées.

1 2 3 4 5 6

8- Lorsque je suis confronté(e) à un problème, j'examine logiquement mes sentiments afin de découvrir ce qui se passe dans une solution problématique.

1 2 3 4 5 6

9- Lorsque je suis confus(e) devant un problème, je n'essaie pas de définir les idées ou les sentiments imprécis en termes concrets ou spécifiques.

1 2 3 4 5 6

10- J'ai la capacité de résoudre la plupart des problèmes même si au départ la solution n'est pas tout de suite évidente.

1 2 3 4 5 6

11- Beaucoup de problèmes auxquels je fais face sont trop complexes pour que je puisse les résoudre.

1 2 3 4 5 6

12- Lorsque je prends des décisions je suis satisfait(e) de celles-ci.

1 2 3 4 5 6

13- Lorsque je suis confronté(e) à un problème, j'ai tendance à appliquer la première solution qui me vient à l'esprit pour le résoudre.

1 2 3 4 5 6

14- Quelquefois je ne m'arrête pas et je ne prends pas le temps de régler mes problèmes; j'essaie de me débrouiller tant bien que mal.

1 2 3 4 5 6

15- Lorsque je décide d'une idée ou d'une solution possible à un problème, je ne prends pas le temps de considérer les chances de succès pour chacune des possibilités.

1 2 3 4 5 6

16- Lorsque je suis confronté(e) à un problème, je m'arrête pour y réfléchir avant de décider quelle sera ma prochaine action.

1 2 3 4 5 6

17- J'applique généralement la première bonne idée qui me vient à l'esprit.

1 2 3 4 5 6

Fortement en accord 1	Modérément en accord 2	Légèrement en accord 3	Légèrement en désaccord 4	Modérément en désaccord 5	Fortement en désaccord 6
-----------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

18- Lorsque je prends une décision, j'évalue les conséquences de chacune des possibilités et je les compare les unes aux autres.

1 2 3 4 5 6

19- Lorsque je fais des plans pour résoudre un problème, je suis presque toujours certain(e) que je peux les réaliser.

1 2 3 4 5 6

20- J'essaie de prédire le résultat général d'une ligne de conduite spécifique.

1 2 3 4 5 6

21- Lorsque j'essaie de penser à des solutions possibles à un problème, je ne parviens pas à en trouver plusieurs.

1 2 3 4 5 6

22- En essayant de résoudre un problème, une stratégie que j'utilise souvent est de penser à des problèmes semblables auxquels j'ai eu à faire face par le passé.

1 2 3 4 5 6

23- Avec le temps et les efforts nécessaires, je crois que je peux résoudre la plupart des problèmes auxquels je suis confronté(e).

1 2 3 4 5 6

24- Lorsque je fais face à une nouvelle situation, j'ai confiance de pouvoir maîtriser les problèmes qui pourraient se poser.

1 2 3 4 5 6

25- Malgré les efforts que je fais face à un problème, j'ai parfois le sentiment d'avancer à tâtons ou d'errer au hasard sans m'attaquer au vrai problème.

1 2 3 4 5 6

26- Je pose des jugements rapides que plus tard je regrette.

1 2 3 4 5 6

27- J'ai confiance en ma capacité de résoudre des problèmes nouveaux et difficiles.

1 2 3 4 5 6

28- Je possède une méthode systématique pour comparer des solutions et prendre des décisions.

1 2 3 4 5 6

29- Lorsque je suis confronté(e) à un problème, je n'examine habituellement pas quels sont les éléments extérieurs qui peuvent contribuer à mon problème.

1 2 3 4 5 6

30- Lorsque j'essaie de penser à des moyens de maîtriser un problème, je n'essaie pas de combiner des idées différentes ensemble.

1 2 3 4 5 6

31- Lorsque je suis confronté(e) à un problème, une des premières choses que je fais est d'effectuer un survol de la situation et de considérer toutes les informations pertinentes.

1 2 3 4 5 6

32- Je deviens parfois tellement pris(e) émotionnellement par un problème que je suis incapable de regarder les différentes façons de régler ce problème.

1 2 3 4 5 6

33- Après avoir pris une décision, le résultat que j'anticipais correspond habituellement au résultat obtenu.

1 2 3 4 5 6

34- Lorsque confronté(e) à un problème, je ne suis pas certain(e) d'être capable de maîtriser la situation.

1 2 3 4 5 6

35- Lorsque je deviens conscient(e) d'un problème, une des premières choses que je fais est d'essayer de trouver exactement quel est le problème.

1 2 3 4 5 6

SHORT-MAST

(Selzer, 1971; Pokorny et al., 1972)

Questions	Cochez la bonne réponse	
1. Avez-vous le sentiment d'être un buveur normal ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
2. Vos parents ou amis vous considèrent-ils comme un buveur normal ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
3. Avez-vous déjà assisté à une réunion des Alcooliques Anonymes (AA) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
4. Avez-vous déjà perdu des amis ou des compagnons/compagnes à cause de la boisson ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
5. Avez-vous déjà eu des ennuis au travail à cause de la boisson ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
6. Vous est-il déjà arrivé de négliger vos obligations, votre famille ou votre travail pendant deux jours de suite ou plus pour vous adonner à la boisson ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
7. Après avoir bu beaucoup, avez-vous déjà eu une crise de delirium tremens, ressenti un fort tremblement, entendu des voix ou eu des hallucinations visuelles ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
8. N'avez-vous jamais recherché de l'aide auprès de quelqu'un à cause de votre habitude de boire ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
9. Avez-vous déjà été hospitalisé à cause de la boisson ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
10. Avez-vous déjà été arrêté pour conduite en état d'ivresse ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

IPAT ECHELLE A

NOM

DATE D'AUJOURD'HUI

SEXE

(Ecrire M ou F)

ÂGE

(en années et en mois)

AUTRES DÉTAILS

(Adresse ou profession, selon le cas)

CONFIDENTIEL

Ce cahier contient quarante énoncés ayant trait à des difficultés que la plupart des gens éprouvent un jour ou l'autre. Dans l'une des trois cases de droite, indiquez d'un X votre propre expérience de chacun de ces problèmes. Voici les exemples :

1. J'aime la marche à pied ☐ Oui ☐ Occasionnellement ☐ Non

N'employez la case centrale que si vous ne pouvez dire nettement ni oui ni non, c'est-à-dire le moins souvent possible.

2. Je préfère passer une soirée:

(A) à converser avec des gens, (B) au cinéma ☐ A ☐ Ni plus A que B ☐ B

Quelques énoncés comportent des choix A et B comme ce dernier. B est toujours à droite. Souvenez-vous de n'employer la case centrale que si vous ne pouvez répondre ni A ni B.

Ne passez pas de question. Ne perdez pas de temps à vous examiner à chaque énoncé, mais répondez franchement selon votre expérience au moment du test. Les gens prennent habituellement de 5 à 10 minutes pour compléter ce questionnaire.

ARRÊTEZ ICI — ATTENDEZ LE SIGNAL AVANT DE COMMENCER.



Institut de Recherches psychologiques,
34 ouest, rue Fleury, Montréal, P.Q.

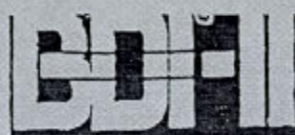
© 1957, by R. B. Cattell. All rights reserved U.S.A. Published by the I.P.A.T.

© 1962, Ottawa. Tous droits réservés par l'Institut de Recherches psychologiques, Montréal.

	A			N'écrivez pas dans cette colonne
1. Il est rare que je m'intéresse longtemps aux mêmes personnes et aux mêmes distractions	Vrai <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>	
2. Même si on a une mauvaise opinion de moi, je reste quand même assez calme	Vrai <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>	
3. Je préfère être sûr de ce que je dis avant de m'introduire dans une discussion	Oui <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Q(-)
4. Je suis porté à laisser la jalousie guider mes actes	Quelque-fois <input type="checkbox"/>	Rarement <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>	
5. Si j'avais à recommencer ma vie, j'aimerais : (A) faire autre chose. (B) faire la même chose	A <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	
6. J'ai de l'admiration pour mes parents	Oui <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	C(-)
7. J'accepte difficilement qu'on me réponde par un « non », même quand je sais que je demande l'impossible	Vrai <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>	
8. Quand les gens ont l'air d'être trop aimables avec moi, je doute quand même de leur sincérité	Vrai <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>	
9. En exigeant de moi l'obéissance, mes parents (ou tuteurs) furent : (A) toujours très raisonnables. (B) souvent déraisonnables	A <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	L
10. J'ai plus besoin de mes amis qu'ils ne semblent eux-mêmes avoir besoin de moi	Rarement <input type="checkbox"/>	Quelque-fois <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	
11. J'ai la certitude que, dans une situation grave, je ne perdrais pas la tête ...	Toujours <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Rarement <input type="checkbox"/>	
12. Quand j'étais enfant, j'avais peur de l'obscurité	Souvent <input type="checkbox"/>	Quelque-fois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>	O
13. On me dit parfois que ma voix ou mes gestes laissent trop voir mon excitation	Oui <input type="checkbox"/>	Incertain <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
14. Si les gens abusent de ma bonté : (A) je leur en veux et leur garde rancune. (B) j'oublie vite l'offense et je leur pardonne	A <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	
15. Les critiques personnelles me bouleversent bien plus qu'elles ne m'aident ...	Souvent <input type="checkbox"/>	Occasionnellement <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>	
16. Bien souvent, je me mets trop vite en colère contre les gens	Vrai <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>	
17. Je me sens mal à l'aise d'éprouver des désirs que je ne puis formuler	Très rarement <input type="checkbox"/>	Quelque-fois <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	
18. Il m'arrive parfois de me demander si ce que je dis intéresse vraiment ceux à qui je parle	Vrai <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>	Qc
19. Je n'ai jamais eu de ces vagues sensations de malaise : douleurs imprécises, estomac à l'envers, palpitations au cœur, etc.	Vrai <input type="checkbox"/>	Incertain <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>	
20. Lorsque certaines personnes participent à la discussion, je me sens si contrarié que je n'ose parler de peur d'aller trop loin	Quelque-fois <input type="checkbox"/>	Rarement <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>	

CONTINUEZ À LA PAGE SUIVANTE.

	B			N'écoutez pas dans cette colonne
1. Sous l'effet de la tension nerveuse, je dépense plus d'énergie que les autres à exécuter ce que j'ai à faire	Vrai <input type="checkbox"/>	Incertain <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>	
2. Je fais toujours attention pour éviter les distractions ou les oublis de détails	Vrai <input type="checkbox"/>	Incertain <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>	
3. Je ne change jamais mes intentions ou mes projets, même si les obstacles sont grands et pénibles	Oui <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Q ₁₁ = 1
4. Dans les situations bouleversantes, il m'arrive souvent d'être surexcité et embrouillé	Oui <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
5. Je fais parfois des rêves si intenses que mon sommeil en est troublé	Oui <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
6. Je trouve toujours assez d'énergie pour faire face aux difficultés	Oui <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	C(-)
7. Je me sens parfois comme forcé à compter les choses, sans aucune raison particulière de le faire	Oui <input type="checkbox"/>	Incertain <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
8. La plupart des gens sont un peu détraqués, mais ils ne l'admettent pas facilement	Oui <input type="checkbox"/>	Incertain <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	L
9. Quand je fais une gaffe, je l'oublie assez rapidement	Oui <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
10. Il m'arrive d'être de mauvaise humeur et de ne vouloir voir personne : (A) parfois, (B) assez souvent	A <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	
1. Quand je fais quelque chose de travers, j'en ai presque les larmes aux yeux	Jamais <input type="checkbox"/>	Très rarement <input type="checkbox"/>	Quelquefois <input type="checkbox"/>	
2. Même au cours d'activités sociales, je me sens parfois envahi par le sentiment d'être seul et inutile	Oui <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
3. Je m'éveille la nuit et, submergé d'inquiétude, j'ai de la difficulté à me rendormir	Souvent <input type="checkbox"/>	Quelquefois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>	0
4. Mon moral est ordinairement bon, quelles que soient les difficultés que j'éprouve	Oui <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
5. J'éprouve parfois des sentiments de culpabilité ou du remords pour des choses sans gravité	Oui <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
6. J'ai les nerfs à fleur de peau, au point que certains bruits (grincements, etc.) me sont insupportables et me donnent le frisson	Souvent <input type="checkbox"/>	Quelquefois <input type="checkbox"/>	Jamais <input type="checkbox"/>	
7. Après avoir été bouleversé, je retrouve mon calme ordinairement assez vite	Vrai <input type="checkbox"/>	Incertain <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>	
8. Il m'arrive souvent de trembler ou de transpirer à la seule pensée d'une tâche difficile qui m'attend	Oui <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Q ₄
9. D'habitude, je m'endors presque aussitôt après m'être couché : c'est-à-dire en quelques minutes	Oui <input type="checkbox"/>	Entre les deux <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
1. Je me sens parfois tendu ou agité quand je pense à mes problèmes ou aux choses qui m'intéressent	Vrai <input type="checkbox"/>	Incertain <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>	
ARRÊTEZ ICI. ASSUREZ-VOUS D'AVOIR 46 DI' À TOUTES LES QUESTIONS.	Cote B			



Date:

année / mois / jour

Nom _____ Situation de famille ☐ marié(e) ☐ vivant maritalement
☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)
☐ séparé(e) ☐ célibataire
 Âge _____ Sexe ☐ M ☐ F Profession _____ Niveau d'études _____

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

____ Sous-total, page 1

Verso

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

_____ Sous-total, page 2

48 _____ Sous-total, page 1

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, D. A., Cramer, S. L., & Sherrets, S. D. (1995). Pathological gambling and the family: Practice implications. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 76, 213-219.
- Afifi, T. O., Cox, B. J., Martens, P. J., Sareen, J., & Enns, M. W. (2010). Demographic and social variables associated with problem gambling among men and women in Canada. *Psychiatry Research*, 178, 395-400.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th-TR. Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2012). *DSM-5 development*. Consulté le 11 février, 2012, sur <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=210>
- Anastasi, A. (1988). *Psychological testing*. New York: NY. Macmillan.
- Anholt, G. E., Emmelkamp, P. M. G., Cath, D. C., van Oppen, P. V., Nelissen, H., & Smit, J. H. (2002). Do patients with OCD and pathological gambling have similar dysfunctional cognitions ? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 529-537.
- Aro, H. (1994). Risk and protective factors in depression : A developmental perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, 59-64.
- Bagby, M. R., Vachon, D. D., Bulmash, E., & Quilty, L. C. (2008). Personality disorders and pathological gambling : A review and re-examination of prevalence rates. *Journal of Personality Disorders*, 22, 191-207.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 18, 25-34.

- Ballon, B. (2006, April). The case of the black blackjack bettor: Clinical depression and pathological gambling. *Journal of Gambling Issues*, 16. Retrieved March 18, 2011, from <http://jgi.camh.net/doi/full/10.4309/jgi.2006.16.4>
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité: Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles, Paris, France: De Boeck Diffusion.
- Beach, S. R. H., & O'Leary, D. (1992). Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response for marital therapy versus cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23, 507- 528.
- Beach, S. R. H., & O'Leary, D. (1993). Marital discord and dysphoria: For whom does the marital relationship predict depressive symptomatology? *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, 405-420.
- Beaudoin, C. M., & Cox, B. J. (1999). Characteristics of problem gambling in a Canadian context: A preliminary study using a DSM-IV-Based questionnaire. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 483-487.
- Beck, A. & Alford, B. (2009). *Depression causes and treatment* (2nd ed.). Pennsylvania, PA : University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory* (2nd-Ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory : Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100
- Beck, J. S., (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd Ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Becoña, E., Del Carmenlorenzo, M., & Josefuentes, M. (1996). Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78, 635-640.
- Bell, A. C., & D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 348-353.
- Bergh, C., & Kühlhorn, E. (1994). Social, psychological and physical consequences of pathological gambling in Sweden. *Journal of Gambling Studies*, 10, 275-285.

- Bertrand, K., Dufour, M., Wright, J., & Lasnier, B. (2008). Adapted Couple Therapy (ACT) for Pathological Gamblers: A Promising Avenue. *Journal of Gambling Studies*, 24, 393-409.
- Black, D. W., & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49, 1434-1439.
- Bland, R. C., Newman, S. C., Orn, H., & Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 108-112.
- Blaszczynski, A. (1999). Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychological Reports*, 84, 107-113.
- Blaszczynski, A., & Farrell, E. (1998). A case series of 44 completed gambling-related suicides. *Journal of Gambling Studies*, 14, 93-109.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-499.
- Bodenmann, G., & Shantinah, S. D. (2004). The couples coping enhancement training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations*, 53, 477-484.
- Bonnaire, C., Bungener, C., & Varescon, I. (2009). Subtypes of french pathological gamblers : Comparison of sensation seeking, alexithymia and depression scores. *Journal of Gambling Studies*, 25, 455-471.
- Bottomley, C., Nazareth, I., Torres-González, F., Svab, I., Maarros, H. I., Geerling, M. I. et al. (2010). Comparaison of risk factors for the onset and maintenance of depression. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 13-17.
- Boughton, R., & Falenchuk, O. (2007). Vulnerability and comorbidity factors of female problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23, 323-334.
- Bourget, D., Ward, H., & Gagné, P. (2003, December). Characteristics of 75 gambling-related suicides in Quebec. *Psychiatry and the Law*, 17-21.
- Boutin, C., & Ladouceur, R. (2006). *Y a-t-il un joueur dans votre entourage? : Tout ce que les proches doivent savoir*. Montréal, Québec, Canada : Les Éditions de l'Homme.
- Brooker, I. S., Clara, I. P., & Cox, B. J. (2009). The Canadian problem gambling index : Factor structure and associations with psychopathology in a nationally representative sample. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 41, 109-114.

- Burton, S., Netemeyer, R. G., & Andrews, J. C. (2000). Modeling potential psychological risk factors of pathological gambling. *Journal of Applied Social Psychology, 30*, 2058-2078.
- Carey, M. P., Spector, L. P., Lantinga, L. J., & Krauss, D. J. (1993). Reliability of the Dyadic adjustment scale. *Psychological Assessment, 5*, 238-240
- Cattell, R. B., & Sheier, I. H. (1957). *Handbook for the IPAT anxiety scale*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Chan, A. W. K., Pristach, E. A., & Welte, J. W. (1994). Detection of alcoholism in three populations by the Brief-Mast. *Alcoholism: Clinical and experimental research, 18*, 695-701.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2007). The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation : Identification of protective factors. *Crisis, 28*, 67-73.
- Chou, K. L., & Afifi, T. O. (2011). Disordered (pathologic or problem) gambling and axis I psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *American Journal of Epidemiology, 173*, 1289-1297.
- Ciarrocchi, J. W., Reinert, D. F. (1993). Family environment and length of recovery for married male members of gamblers anonymous and female members of GamAnon. *Journal of Gambling Studies, 9*, 341-352.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Clinical Psychology, 100*, 316-336.
- Clarke, D. (2006). Impulsivity as a mediator in the relationship between depression and problem gambling. *Personality and Individual Differences, 40*, 1-15.
- Cohn, A. M., Epstein, E. E., McCrady, B. S., Jensen, N., Hunter-Reel, K. E., Green, K. E. et al. (2011). Pretreatment clinical and risk correlates of substance use disorder patients with primary depression. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 72*, 151-157.

- Committee on the Social and Economic Impact of Pathological Gambling. (1999). Gambling concepts and nomenclature. In National Research Council (Ed.), *Pathological gambling a critical review* (pp. 15-62). Washington, DC: The National Academies Press.
- Cormier, D. (1962). *Manuel de l'échelle d'anxiété IPAT*. Ottawa, Québec, Canada: Institut de Recherches Psychologiques.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Michaud, V. (2004). Comparisons Between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-IV-Based Interview in a Community Survey of Problem Gambling. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 258-264.
- Cox, B. J., Yu, N., Afifi, T. O., & Ladouceur, R. (2005). A national survey of gambling problems in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 213-217.
- Crisp, B. R., Thomas, S. A., Jackson, A. C., & Thomason N. (2001). Partners of problem gamblers who present for counselling : Demographic profile and presenting problems. *Journal of Family Studies*, 7, 208-216.
- Crockford, D. N., & el-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling : A critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 43-50.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22, 9-15.
- Culleton, R. P. (1989). The prevalence rates of pathological gambling: A look at methods, *Journal of Gambling Behavior*, 5, 22-41.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton III, W. M., & Spitznagel, E. L. (1998). Taking chances : Problem gamblers and mental health disorders – Results from the St. Louis Epidemiologic catchment area study. *American Journal of Public Health*, 88, 1093-1096.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton, W. M., Spitznagel, E. L., & Ben-Abdallah, A. (2000). Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings. *Journal of Gambling Studies*, 16, 347-376.
- Custer, R., & Milt, H. (1985). *When luck runs out: Help for compulsive gamblers and their families*. New York, NY : Facts on File.

- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Shalgi, B., Sasson, M., Tuson, L., Saphir, Y., et al. (2010). Dual psychiatric diagnosis and substance abuse in pathological gamblers: A preliminary gender comparison study. *Journal of Addictive Diseases*, 25, 49-54.
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., & Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health : The role of subjective social status. *Social Science & Medicine*, 67, 330-340.
- Derevensky, J., & Gupta, R. (2004). *Gambling problems in youth : The theoretical and applied perspectives*. New York, NY : Kluwer Academic Publishers.
- Desai, R. A., & Potenza, M. N. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 173-183.
- Dickson-Swift, V. A., James, E. L., & Kippen, S. (2005). The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues*, 13, 1-22.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. A. (2008). *Risk factors in depression*. San Diego, CA: Elsevier.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). The family functioning of female pathological gamblers. *International Journal of Mental Health Addiction*, 7, 29-44.
- Dozois, D. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10, 83-89.
- Dussault, F., Brendgen, M., Vitaro, F., Wanner, B., & Tremblay, R. E. (2011). Longitudinal links between impulsivity, gambling problems and depressive symptoms : A transactional model from adolescence to early adulthood, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 130-138.
- Echeburúa, E., González-Ortega, I., de Corral, P., & Polo-López, R. (2011). Clinical gender differences among adult pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 27, 215-227.
- Eibner, C., Sturm, R., & Gresenz, C. R. (2004). Does relative deprivation predict the need for mental health services? *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 7, 167-175.
- El-Guebaly, N., Patten, S. B., Currie, S., Williams, J. V. A., Beck, C. A., Maxwell, C. J., et al. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use and mood and anxiety disorders. *Journal of Gambling Studies*, 22, 275-287.

- Elman, I., Tschibely, E., & Borsook, D. (2010). Psychological stress and its relationship to gambling urges in individuals with pathological gambling. *The American Journal on Addictions*, 19, 332-339.
- Ferland, F., Fournier, P. M., Ladouceur, R., Brochu, P., Bouchard, M., & Pâquet, L. (2008). Consequences of pathological gambling on the gambler and his spouse. *Journal of Gambling Issues*, 22, 219-229.
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *L'indice canadien du jeu excessif : Rapport final*. Ottawa, Ontario, Canada : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (1999). Conflict in marriage: Implication for working with couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 47-77.
- First, M. B. (1997). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Fong, T. W. (2005). The biopsychosocial consequences of pathological gambling. *Psychiatry*, 2, 22-30.
- Gaudia, R. (1987). Effects of compulsive gambling on the family. *Journal of Gambling Behavior*, 3, 254-256.
- Gerstein, D. R., Volberg, R. A., Toce, M. T., Harwood, H., Johnson, R. A., Buie, T. et al. (1999). *Gambling impact and behavior study: report to the National Gambling Impact Study Commission*. Consulté le 6 mars, 2012, sur <http://govinfo.library.unt.edu/ngisc/reports/gibstdy.pdf>
- Getty, H. A., Watson, J., & Frisch, G. R. (2000). A comparison of depression and styles of coping in male and female GA members and controls. *Journal of Gambling Studies*, 16, 377-391.
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (2009). *Handbook of depression*. (2nd ed.). New-York, NY : The Guilford Press.
- Grant, J. E., Desai, R. A., & Potenza, M. N. (2009). Relationship of nicotine dependence, subsyndromal and pathological gambling, and other psychiatric disorders : Data from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 334-343.
- Grant, J. E., Schreiber, L., Odlaug, B. L., & Kim, S. W. (2010). Pathological gambling and bankruptcy. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 115-120.

- Grant Kalischuk, R. G., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K., & Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families : A literature review. *International Gambling Studies*, 6, 31-60.
- Harris, R. J. (1985). *A primer of multivariate statistics* (2nd Ed.). New York: NY. Academic Press.
- Heinman, M. (1987). A comparison : The treatment of wives of alcoholics with the treatment of wives of pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 3, 27-40.
- Henderson, M. J. (2004). Psychological correlates of comorbid gambling in psychiatric outpatients : A pilot study. *Substance Use & Misuse*, 39, 1341-1352.
- Heppner, P. P., & Petersen, C. H. (1982). The development and implication of a personal problem solving inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 66-75.
- Hodgins, D. C., & el-Guebaly, N. (2004). Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 72-80.
- Hodgins, D. C., Shead, W. N., & Makarchuk, K. (2007). Relationship satisfaction and psychological distress among concerned significant others of pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 65-71.
- Ibáñez, A., Blanco, C., Donahue, E., Lesieur, H. R., Pérez de Castro, I., Fernández-Piqueras, J., et al. (2001). Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1733-1735.
- Ibáñez, A., Blanco, C., Morervra, P., & Sáiz-Ruiz, M. (2003). Gender differences in pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 295-301.
- Ibarzábal, F. A. (2000). Características sociodemográficas, consumo de drogas, depresión y juego patológico en un grupo de mujeres de Punta Umbría (Huelva) : Un estudio descriptivo. *Anales de psicología*, 16, 123-132.
- Ingle, P. J., Marotta, J., McMillan, G., & Wisdom, J. P. (2008). Significant others and gambling treatment outcomes. *Journal of Gambling Studies*, 24, 381-392.
- Jacobs, D. F. (1986). A general theory of addictions : A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 15-31.

- Jefferson, S. (2009). The interactive effects of factors associated with pathological video lottery terminal (ALV) gambling. *Dissertation Abstracts International*, 69, 4425B. (UMI No. 41237)
- Johnson, E. E., & Nora, R. M. (1992). Does spousal participation in gamblers anonymous benefit compulsive gamblers ? *Psychological Reports*, 71(3, Pt 1), 914.
- Källmén, H., Andersson, P., & Andren, A. (2008). Are irrational beliefs and depressive mood more common among problem gamblers than non-gamblers? A survey study of Swedish problem gamblers and controls. *Journal of Gambling Studies*, 24, 441-450.
- Kairouz, S., Nadeau, L., & Paradis, C. (2010). *Enquête ENJEU-QUEBEC - Portrait du jeu au Québec: Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Consulté le 22 janvier, 2011, sur http://www.misesurtoi.ca/wordpress/wpcontent/files_mf/1291298746jeu_pathologique.pdf
- Kennedy, S. H., Welsh, B. R., Fulton, K., Soczynska, J. K., McIntyre, R. S., O'Donovan, C., et al. (2010). Frequency and correlates of gambling problems in outpatients with major depressive disorder and bipolar disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 568-576.
- Kerber, C. S., Black, D. W., & Buckwalter, K. (2008). Comorbid psychiatric disorders among older adult recovering pathological gamblers. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 1018-1028.
- Kessler, R.C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., et al. (2008). DSM-IV pathological gambling in the national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*, 38, 1351-1360.
- Kim S. W., Grant, J. E., Eckert, E. D., Faris, P. L., & Hartman, B. K. (2006). Pathological gambling and mood disorders: Clinical associations and treatment implications. *Journal of Affective Disorders*, 92, 109-116.
- Korman, L. M., Collins, J., Dutton, D., Dhayananthan, B., Littman-Sharp, N., & Skinner, W. (2008). Problem gambling and intimate partner violence. *Journal of Gambling Studies*, 24, 13-23.
- Krug, T., Scheier, I. H., & Cattell, R. B. (1976). *Handbook for the IPAT Anxiety Scale*. Los Angeles, CA : Western Psychological Services.

- Ladouceur, R., Arsenault, C., Dubé, D., Freeston, M. H., & Jacques, C. (1997). Psychological characteristics of volunteers in studies on gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13, 69-84.
- Ladouceur, R., Boutin, C., Doucet, C., Lachance, S., & Sylvain, C. (2000). *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*. Document non publié, Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu, Université Laval, Québec, Canada.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., Laberge, M., & Blaszczynski, A. (2001). Dropouts in clinical research: Do results reported reflect clinical reality? *The Behavior Therapist*, 24, 44-46.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., & Hamel, D. (2005). Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 451-456.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., Hamel, D., & Allard, D. (2005). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*. Montréal, Québec, Canada : Institut National de Santé Publique du Québec.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F., & Giroux, I. (1999). Prevalence of problem gambling: A replication study 7 years later. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 802-804.
- Ladouceur, R., & Lachance, S. (2008). *Overcoming pathological gambling: Therapist guide*. New-York, NY: Oxford University Press.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin C., & Doucet C. (2000). *Le jeu excessif: Comprendre et vaincre le gambling*. Montréal, Québec, Canada: Les Éditions de l'Homme.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Sévigny, S., Poirier, L., Brisson, L., Dias, C., et al. (2004). Caractéristiques des joueurs excessifs selon le mode de traitement. Québec, Université Laval.
- Langewisch, M. W. (2005). Gambling in older adults : Factors associated with problem gambling behavior in older adults. *Dissertation Abstracts International*, 65, 3692B. (UMI No. 92557)
- Laporte, L., Sabourin, S., & Wright, J. (1988). L'inventaire de résolution de problèmes personnels: Une perspective métacognitive. *International Journal of Psychology*, 23, 569-581.

- Lazarus, R. S. (1976). *Patterns of adjustment* (3rd Eds.). New-York, NY: McGraw Hill Book Company.
- Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2010). Subtyping pathological gamblers based on impulsivity, depression, and anxiety. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24, 680-688.
- Lee, B. K., & Rovers, M. (2008). Bringing torn lives together again: Effects of the first congruence couple therapy training application to clients in pathological gambling, *International Gambling Studies*, 8, 113-129.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks gambling screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1993). Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive substance use disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 12, 89-102.
- Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review*, 30, 582-593.
- Lobsinger, C., & Beckett, L. (1996). *Odds to break even: A practical approach to gambling awareness*. Sydney, Australia : Relationships Australia Inc.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys, *Addiction*, 106, 490-498.
- Lorenz, V. C., & Shuttlesworth, D. E. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology*, 11, 67-76.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1986). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 40-49.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 13-26.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1989). Pathological gamblers and their spouses: Problems in interaction. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 113-125.
- Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Boisbriand, Québec, Canada : Éditions au Carré.

- Maccallum, F., & Blaszczynski, A. (2007). Pathological gambling and suicidality : An analysis of severity and lethality. *Suicide and life-threatening Behavior*, 33, 88-98.
- Mackenzie, D. M., Langa A., & Brown, T. M. (1996). Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: A comparison of AUDIT, CAGE and Brief MAST. *Alcohol & Alcoholism*, 31, 591-599.
- MacLaren, V. V., Fugelsang, J. A., Harrigan, K. A., & Dixon, M. J. (2011). The personality of pathological gambling : A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 1057-1067.
- Makarchuk, K., Hodgins, D. C., & Peden, N. (2002). Development of a brief intervention of concerned significant others of problem gamblers. *Addictive Disorders and their Treatment*, 1, 126-134.
- Marasco, B. J., Pietrzak, R. H., Blanco, C., Grant, B. F., Hasin, D., & Petry, N. (2006). Health problems and medical utilization associated with gambling disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosomatic Medicine*, 68, 976-984.
- Marshall, K., & Whyne, H. (2004). *Contre vents et marées : un profil des joueurs excessifs et de ceux qui risquent de le devenir*. Ottawa, Ontario, Canada : Statistique Canada.
- Matheson, K., Wohl, M. J. A., & Anisman, H. (2009). The interplay of appraisals, specific coping styles, and depressive symptoms among young male and female gamblers. *Social Psychology*, 40, 212-221.
- Mazzoleni, M. H. B., Gorenstein, C., Fuentes, D., & Hermano, T. (2009). Wives of pathological gamblers: Personality traits, depressive symptoms and social adjustment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 332-337.
- McComb, J. L., Lee, B. K., & Sprenkle, D. H. (2009). Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 415-431.
- McCormick, R. A. (1987). Pathological gambling: A parsimonious need state model. *Journal of Gambling Behavior*, 3, 257-263.
- McCormick, R. A. (1993). Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addictive behaviors*, 18, 331-336.
- McCormick, R. A., Russo, A. M., Ramirez, L. F., & Taber, J. I. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218.

- Mead, E. D. (2002). Marital distress, co-occurring depression, and marital therapy : A review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 299-314.
- Mercer-Lynn, K. B., Flora, D. B., Fahlman, S. A., & Eastwood, J. D. (2011, May). The measurement of boredom : Differences between existing self-report scales. *Assessment*, 1-12.
- Milosevic, A., & Ledgerwood, D. M. (2010). The subtyping of pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 30, 988-998.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux Santé Québec. (1992-1993). *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1992-1993, Tome 1-2*. Montréal, Québec, Canada : Publications du Québec.
- Momper, S. L., Delva, J., Grogan-Kaylor, A., Sanchez, N., & Volberg, R. A. (2010). The association of at-risk, problem, and pathological gambling with substance use, depression, and arrest history. *Journal of Gambling Issues*, 24, 7-32.
- Moodie, C., & Finnigan, F. (2006). Association of pathological gambling with depression in Scotland. *Psychological Reports*, 99, 407-417.
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35, 1-33.
- Nguyen, C. T., Fournier, L., Bergeron, L., Roberge, P., & Barrette, G. (2005). Correlates of depressive and anxiety disorders among young Canadians. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 620-628.
- Nower, L., Gupta, R., Blaszczynski, A., & Derevensky, J. (2004). Suicidality and depression among youth gamblers : A preliminary examination of three studies. *International of Gambling Studies*, 4, 69-80.
- O'Brien, C. (2011). Depression, cause or consequence of pathological gambling and its implications for treatment. *Counselling Psychology Review*, 26, 53-61.
- Patford, J. (2009). For worse, for poorer and in ill health: How women experience, understand and respond to a partner's gambling problem. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 177-189.
- Pasternak, A. V., & Fleming, M. F. (1999). Prevalence of gambling disorders in a primary care setting. *Archives of Family Medicine*, 8, 515-520.

- Patten, S. B., & Juby, H. (2008). *Profil de la dépression clinique au Canada*. Consulté le 24 mai 2012, sur <http://dspace.ucalgary.ca/bitstream/1880/46454/1/RSS1Profil%20de%20la%20depression%20clinique%20au%20Canada.pdf>
- Patten, S. B., Wang, J. L., Beck, C. A., & Maxwell, C. J. (2005). Measurement issues related to the evaluation and monitoring of major depression prevalence in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 26, 100-106.
- Patten, S. B., Wang, J. L., Williams, J.V. A., Currie, S., Beck, C. A., Maxwell, C. J. et al. (2006). Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 84-90.
- Patten, S. B., Wang, J. L., Williams, J.V. A., Lavorato, D. H., Khaled, S. M., & Bulloch, A. (2010). Predictors of the longitudinal course of major depression in a canadian population sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 669-676.
- Pelletier, O., Ladouceur, R., & Rhéaume, J. (2008). Personality disorders and pathological gambling : Comorbidity and treatment dropout predictors. *International Gambling Studies*, 8, 299-313.
- Petry, N. M. (2002). A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *The Gerontologist*, 42, 92-99.
- Petry, N. M. (2003a). A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction*, 98, 645-655.
- Petry, N. M. (2003b). A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *The Gerontologist*, 42, 92-99.
- Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling : Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., et al. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 555-567.
- Petry, N. M., & Kiluk, B. D. (2002). Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 463-469.

- Petry, N. M., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 564-574.
- Pietrzak, R. H., Morasco, B. J., Blanco, C., Grant, B. F., & Petry, N. M. (2007). Gambling level and psychiatric and medical disorders in older adults: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 301-313.
- Poirier-Arbour, A., Trudel, G., Boyer, R., Harvey, P., & Goldfarb, M. R. (sous presse). Correlates of Depressive Symptom Severity in Problem and Pathological Gamblers in Couple Relationships. *Journal of Gambling Studies*.
- Pokorny, A. D., Miller, B. A., & Kaplan, H. B. (1972). The Brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *American Journal of Psychiatry*, 129, 342-345.
- Potenza, M. N., Xian, H., Shah, K., Scherrer, J. F., & Eisen, S. A. (2005). Shared genetic contributions to pathological gambling and major depression in men. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1015-1021.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête de santé Québec*. Consulté le 24 septembre 2011, sur http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pubs_antérieur/detresse_psychologique1987part1.pdf
- Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69, 576-593.
- Quilty, L. C., Watson, C., Robinson, J. J., Toneatto, T., & Bagby, M. R. (2010). The prevalence and course of pathological gambling in the mood disorders. *Journal of Gambling Studies*, 27, 191-201.
- Rodda, S., Brown, S. L., & Phillip, J. G. (2004). The relationship between anxiety, smoking, and gambling in electronic gaming machine players. *Journal of Gambling Studies*, 20, 71-81.

- Romer Thomsen, K. R., Callesen, M. B., Linnet, J., Kringelbach, M. L., & Moller, A. (2009). Severity of gambling is associated with severity of depressive symptoms in pathological gamblers. *Behavioural Pharmacology*, 20, 527-536.
- Roy, A., Custer, R., Lorenz, V., & Linnoila, M. (1988). Depressed pathological gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 163-165.
- Rubio, J. M., Markowitz, J. C., Alegria, A., Pérez-Fuentes, G., Liu, S. M., Lin, K. H. et al. (2011). Epidemiology of chronic and nonchronic major depressive disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Depression and Anxiety*, 28, 622-631.
- Rush, B. R., Bassani, D. G., Urbanoski, K. A., & Castel, S. (2008). Influence of co-occurring mental and substance use disorders on the prevalence of problem gambling in Canada. *Addiction*, 103, 1847-1856.
- Rychtarik, R. G., & McGillicuddy, N. B. (2006). Preliminary evaluation of a coping skills training program for those with a pathological-gambler partner. *Journal of Gambling Studies*, 22, 165-178.
- Rodda, S., Brown, S. L., & Phillip, J. G. (2004). The relationship between anxiety, smoking, and gambling in electronic gaming machine players. *Journal of Gambling Studies*, 20, 71-81.
- Sandi, C., & Richter-Levin, G. (2010). From high anxiety trait to depression: a neurocognitive hypothesis. *Trends in neurosciences*, 32, 312-320.
- Satin, A., & Shastry, W. *L'échantillonnage: un guide non mathématique*. Ottawa, Ontario, Canada: Statistique Canada.
- Shaffer, H. J., & Martin, R. (2011). Disordered gambling: Etiology, trajectory and clinical considerations. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 483-510.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Specker, S., Carlson, G. A., Edmonson, K. M., Johnson, P. E., & Marcotte, M. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 12, 67-81.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Steinberg, M. A. (1993). Couples treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners. *Journal of Gambling Studies*, 9, 153-167.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors* 27, 1-19.
- Stinchfield, R. (2003). Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 160, 180-182.
- Stinchfield, R., & Winters, K. (2001). Outcome of Minnesota's gambling treatment programs. *Journal of Gambling Studies*, 17, 217-245.
- Swendsen, J. D., & Merikangas, K. R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 173-189.
- Toce-Gerstein, M., Gerstein, D. R., & Volberg, R. A. (2003). A hierarchy of gambling disorders in the community. *Addiction*, 98, 1661-1672.
- Törne, I. V., & Konstanty, R. K. (1992). Gambling behavior and psychological disorders of gamblers on German-style slot-machines. *Journal of Gambling Studies*, 8, 39-59.
- Turner, N. E., Jain, U., Spence, W., & Zangeneh, M. (2008). Pathways to pathological gambling: Component analysis of variables related to pathological gambling. *International Gambling Studies*, 8, 281-298.
- Turner, N. E., Zangeneh, M., & Littman-Sharp, N. (2006). The experience of gambling and its role in problem gambling. *International Gambling Studies*, 6, 237-266.
- Volberg, R. A. (2002). The epidemiology of pathological gambling. *Psychiatric Annals*, 32, 171-178.
- Volberg, R. A. (1994). The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health. *American Journal of Public Health*, 84, 237-241.
- Volberg, R. A. & Steadman, H. J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145, 502-505.
- Walker, M. B., & Dickerson, M. G. (1996). The prevalence of problem and pathological gambling: A critical analysis. *Journal of Gambling Studies*, 12, 233-249.
- Wampold, B. E., & Freund, R. D. (1987). Use of multiple regression in counseling psychology research: A flexible data-analytic strategy. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 372-382.

- Westphal, J. R., & Johnson, L. J. (2007). Multiple co-occurring behaviours among gamblers in treatment: Implications and assessment, *International Gambling Studies*, 7, 73–99.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., Bruce, M. L. (2006). Longitudinal association between marital dissatisfaction and alcohol use disorders in a community sample. *Journal of Family Psychology*, 20, 164-167.
- Winslow, L. H. (2001). The relationship of gambling on depression, perceived social support and life satisfaction in an elderly sample. *Dissertation Abstracts International*, 62 (10), 4770. (UMI: 3028846)
- Winters, K. C., & Kushner, M. G. (2003). Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. *Journal of Gambling Studies*, 19, 261-277.
- Xian, H., Shah, K., Potenza, M., Volberg, R., Chantarujikapong, S., William, R. et al., (2008). A latent class analysis of DSM-III-R pathological gambling criteria in middle-aged men : Association with psychiatric disorders. *Journal of Addiction Medicine*, 2, 85-95.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2006). Prevalence and diagnostic correlates of DSM-IV pathological gambling in psychiatric outpatients. *Journal of Gambling Studies*, 22, 255-262.
- Zimmerman, F. J., & Katon, W. (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income depression relationship? *Health Economics*, 14, 1197–1215.
- Zion, M. M., Tracy, E., & Abell, N. (1993). Examining the relationship between spousal involvement in Gam-Anon and relapse behaviors in pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 7, 117-131.